Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2014–2015

29 689 Herziening Zorgstelsel

Nr. 608 **VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 29 april 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 4 maart 2015 overleg gevoerd met Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:
de Zorgverzekeringswet/het zorgstelsel.
De volledige agenda is aan het einde van het verslag opgenomen.

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Lodders

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen

kst-29689-608
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2015

Voorzitter: Lodders
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn acht leden der Kamer, te weten: Ellemeet, Bruins Slot, Leijten, Bouwmeester, Rutte, Pia Dijkstra, Dik-Faber en Lodders,

en Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport die vergezeld is van enkele ambtenaren van haar ministerie.

Aanvang 10.04 uur.

De **voorzitter**: Ik heet iedereen zeer welkom bij het algemeen overleg over de Zorgverzekeringswet en het zorgstelsel. Ik heet de Minister van VWS en haar ambtelijke ondersteuning van harte welkom. Ook heet ik van harte welkom de Kamerleden, de mensen op de publieke tribune en de mensen die het debat op een andere manier volgen.
Ik stel voor om snel van start te gaan met het algemeen overleg. De richtspreektijd is vijf minuten per fractie. De bedoeling is dat we dit AO rond 14.00 uur beëindigen.
Als eerste is het woord aan mevrouw Ellemeet van GroenLinks. Laten we twee interrupties in eerste termijn afspreken.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks): Voorzitter. Het is goed dat wij hier nu het debat kunnen voeren over het zorgverzekeringsstelsel, dat al bijna weer tien jaar van kracht is en een einde heeft gemaakt aan een heleboel negatieve aspecten van het ziekenfondsstelsel. Dat mag ook weleens gezegd worden. Echter, dit stelsel brengt nog niet wat het beloofde te brengen. Daarop wil ik ook graag mijn inbreng richten. Mijn fractie maakt zich zorgen over de richting waarin het stelsel zich ontwikkelt. GroenLinks is ervan overtuigd dat er door de afgelopen kabinetten te eenzijdig is gestuurd op de beheersing van de kosten. Zorg van betere kwaliteit, die juist tot kostenbeheersing zou moeten leiden, is lang een ondergeschoven kindje geweest. Terwijl er in die eendimensionale politieke missie veel macht is weggegeven aan zorgverzekeraars, is het vertrouwen in de zorgverzekeraars in de afgelopen jaren tot een dieptepunt gedaald, vooral bij zorgverleners. Er moet dus echt iets gaan veranderen voordat dit stelsel door de scheefgegroeide verhoudingen spaak loopt. De opstelling van de Minister is in lijn met die van haar voorgangers: kostenbeheersing staat centraal en zorgverzekeraars krijgen meer macht en vrijheid.
Mijn fractie kan niet anders dan de conclusie trekken dat de groeiende invloed van zorgverzekeraars juist ten koste gaat van goede zorg. Neem bijvoorbeeld de tijd die zorgverleners kwijt zijn aan bureaucratie in plaats van zorgverlening als gevolg van de eindeloze informatie-uitvraag van verzekeraars. Dit gaat ten koste van de inhoudelijke keuzes voor verzekerden. Zorgverleners hebben het idee dat de zorgverzekeraar inmiddels tot in de spreekkamer is doorgedrongen en dat onderhandelen inhoudt dat zij mogen tekenen bij het kruisje. Verzekerden moeten een keuze maken uit een woud aan polissen, waarbij onduidelijk is waarop zij zich onderscheiden en welke zorgverzekeraar de feitelijke inkoop doet. Ook worden zij door financiële prikkels verleid tot het afsluiten van polissen waar zij niet altijd bij gebaat zijn.
Ten aanzien van de machtsverhoudingen in de zorg maakt de Minister zich met name zorgen over de macht bij doorgefuseerde zorgaanbieders. Over de macht van zorgverzekeraars hoor ik de Minister niet of nauwelijks. Ik deel haar zorgen over de schaalvergroting van de zorgaanbieders, maar vind het opmerkelijk dat zij zich zo veel milder opstelt ten opzichte van de grote zorgverzekeraars. 90% van de verzekerden zit bij vier zorgverzekeraars. Nieuwe toetreders slagen er niet in om de markt op te komen. Het artikel van ZN-voorman André Rouvoet van afgelopen vrijdag geeft aan dat ook zorgverzekeraars zich bewust zijn van het probleem dat hun

legitimiteit onder druk staat, zonder overigens met effectieve en concrete voorstellen te komen om dit probleem op te lossen. Ik denk echter dat dit probleem niet alleen door de sector zelf op te lossen is. Daarvoor is het ook nodig dat vanuit Den Haag de machtspositie van de zorgverzekeraars niet verder wordt versterkt. Wat zijn voor de Minister de grenzen aan de concentratie bij zorgverzekeraars? Wat vindt zij van het feit dat de klachten uit het veld over zorgverzekeraars vaak betrekking hebben op de grote zorgverzekeraars en niet op de kleintjes?
Het woud aan polissen maakt dat verzekerden nu vooral kiezen op basis van prijs en de uitstraling van een verzekeraar. Mensen moeten voor de basisverzekering kiezen uit 70 polissen, met nog extra keuzemogelijkheden om zich bijvoorbeeld aan te sluiten bij een collectiviteit of om vrijwillig een hoger eigen risico af te sluiten in ruil voor een lagere premie. De polissen zijn echter niet op inhoud te onderscheiden. De Minister zet stappen op het gebied van transparantie van inkoopcriteria, maar een korting op de premie in ruil voor een hoger eigen risico heeft niets met de inhoud van de zorg te maken. Daarom pleit ik ervoor het aantal polissen terug te brengen naar twee per verzekeraar, een naturapolis en een restitutiepolis, met daarnaast de mogelijkheid voor meerjarenpolissen.
De Minister wuift het advies van KPMG om de collectiviteitskorting af te schaffen of te beperken weg, omdat ze de mogelijkheid wil bieden om invloed uit te oefenen op de prijs en het aanvullend pakket. Dat terwijl de kosten daarvan opgebracht worden door individueel verzekerden en het geen aantoonbare gezondheidswinst oplevert. Daarom denk ik dat we de collectiviteiten zouden moeten heroverwegen en ze alleen zouden moeten toestaan als onderbouwd wordt dat ze bijdragen aan gezondheidswinst. Ik krijg daarop graag een reactie van de Minister.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De kritiek van GroenLinks op de collectiviteiten kan ik in grote lijnen volgen. Ze waren bedoeld om te sturen op gezondheid, maar dat gebeurt helemaal niet. Je hebt al een collectiviteit als je samen bij dezelfde bushalte staat. Maar je hebt ook een collectiviteit als je tot de minima behoort, een laag inkomen hebt, en de gemeente voor al die mensen zorg inkoopt. Dat scheelt hun geld. Vindt mevrouw Ellemeet dat die vormen van collectiviteit wel moeten blijven bestaan?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks): Ik vind dat wij heel goed moeten kijken waar de kosten van die collectiviteiten terechtkomen. Die kosten komen niet terecht bij individueel verzekerden. Dat levert de vraag op hoe solidair dat aanbod dan is. Wat mij betreft moet het mogelijk zijn om collectiviteiten te ontwikkelen die echt een bijdrage leveren aan gezondheidswinst. Dat zou ook heel goed kunnen voor bepaalde patiëntengroepen. Daar ben ik dus een groot voorstander van, maar we moeten kritisch kijken naar collectiviteiten die geen werkelijke gezondheidswinst opleveren maar waarvan de kosten wel terechtkomen bij anderen, bij individueel verzekerden. Dat is niet solidair en daar moeten we dus heel kritisch onderzoek naar doen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Wij zijn het erover eens dat collectiviteiten niet overal werken. Ook zijn wij het erover eens dat ze winstgericht moeten zijn. Dat is het doel, maar dat hebben we nog niet bereikt. U vraagt waar dat geld terechtkomt. U zegt eigenlijk dat dat zo vervelend is voor de individueel verzekerde. Maar met uw voorstel om de collectiviteiten af te schaffen, doet u ook die hele groep minima tekort voor wie gemeenten nu in collectiviteit zorg inkopen. Daardoor kan de kwaliteit verbeteren en kan de prijs voor mensen met een laag inkomen omlaag. U gooit het kind met het badwater weg door zo rigoureus te zeggen: einde collectiviteiten.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks): Ik vind het van belang dat kan worden aangetoond dat een collectiviteit, ook voor minima, gezondheidswinst oplevert. Als het mogelijk is om met een collectiviteit bij te dragen aan gezondheidswinst, ben ik daar een groot voorstander van. Ik ben geen voorstander van collectiviteiten, voor welke groep dan ook, die geen gezondheidswinst opleveren.

De heer **Rutte** (VVD): Het is interessant dat GroenLinks kritisch kijkt naar collectiviteiten op basis van een rapport van KPMG, dat is opgesteld naar aanleiding van vragen die ik daarover heb gesteld in de begrotingsbehandeling. We hebben collectiviteiten, maar die moeten wel bijdragen aan een goede werking van het stelsel. Doen ze dat nou ook? KPMG concludeert dat ze te zeer op de financiële component zijn gericht. Je zou ze dus kunnen beschouwen als een middel om premie te herverdelen tussen de individueel verzekerden en de collectief verzekerden. Sec heeft het dus niet heel veel meerwaarde gehad, volgens KPMG. Mevrouw Bouwmeester gaf net het voorbeeld van een collectiviteit waarvan ook de VVD denkt dat zij grote voordelen biedt, maar ik was onlangs bij een ...

De **voorzitter**: Uw vraag?

De heer **Rutte** (VVD): Ik moet even een voorbeeld introduceren. Ik was onlangs bij een heel grote landelijke verzekeraar, die door zijn financiële collectiviteiten een relatie heeft met heel grote werkgevers, bij wie hij nu forse gezondheidsprogramma's uitrolt. Zo is er een collectiviteit van alle hbo's in Nederland, die aan heel grote gezondheidsprogramma's deelnemen. Als dat kan omdat het een collectiviteit is, dan moeten we daar toch juist blij mee zijn?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks): We moeten zeker blij zijn als collectiviteiten bijdragen aan gezondheidswinst. Als collectiviteiten een oplossing kunnen bieden voor bepaalde ziektebeelden of voor bepaalde stressfactoren die afbreuk doen aan de gezondheid, dan dragen ze bij aan gezondheidswinst. In die zin zou een collectiviteit haar oorspronkelijke doel ook waarmaken. Daarvoor heeft toenmalig Kamerlid Schippers een amendement voor collectiviteiten ingediend. Zo zou het moeten werken, maar het werkt nu nog veel te weinig zo. Als dus kan worden aangetoond dat collectiviteiten een echte bijdrage leveren aan de gezondheid van een bepaalde groep en als ze niet worden ingezet ter vervanging van bezuinigingen op bijvoorbeeld minima – het is dus niet de bedoeling dat ze iets compenseren waarvoor ze niet bedoeld zijn – moeten we daar zeker gebruik van maken. Dan geeft het ook de juiste prikkel en spoort het verzekeraars ertoe aan om goede zorg te contracteren.

De heer **Rutte** (VVD): Tegelijkertijd willen we geen extra regeldruk. Is het dan niet verstandig om het ten aanzien van collectiviteiten te laten zoals het is, zeker nu we zien dat verzekeraars gaandeweg wel die rol aan het invullen zijn? Dat scheelt een heleboel regeldruk.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks): Ik zou het willen omdraaien. Als we het openlaten, is er te weinig beweging vanuit verzekeraars om echt in te zetten op goede zorg. Om die reden stel ik voor: bewijs eerst maar eens wat je ermee voor ogen hebt en op welke manier je dat wilt doen. Als je die collectiviteiten zo inzet dat ze ook echt bijdragen aan het verbeteren van de gezondheid van mensen, dienen ze een doel. Dat is nu veel te weinig het geval. Nu dragen heel veel individueel verzekerden hogere kosten vanwege dit instrument, dat in vele gevallen puur financieel is. Daar wil ik van af. Ik wil dat verzekeraars het tegendeel bewijzen, namelijk dat het ook ingezet kan worden voor een betere zorg en een betere gezondheid.

Dan kom ik op de verhouding tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, die uit balans is. Kleinere zorgverleners en kleinere zorginstellingen moeten een stevige positie krijgen. Om dat te bereiken is een goede motie ingediend door mevrouw Leijten en mevrouw Dik, die ik van harte ondersteun.
Over kwaliteit zeg ik het volgende. Patiënten denken nu nog te weinig mee over wat goede zorg is. Ik hoor graag van de Minister op welke manier zij de patiënten wil betrekken bij de ontwikkeling van kwaliteitsnormen. Ook hoor ik graag van de Minister of en, indien ja, op welke manier zij met het Kwaliteitsinstituut en de zorgverleners prestatieafspraken heeft gemaakt over die kwaliteitsnormen.

De **voorzitter**: Uw tijd is nu echt om, mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks): Ik rond af. Mijn fractie denkt dat dit wetsvoorstel veel kansen biedt voor goede zorg, maar we vragen de Minister wel om meer werk te maken van en haast te maken met het herstel van het evenwicht tussen de spelers, zodat we er snel de vruchten van kunnen gaan plukken.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik wil bijna mevrouw Ellemeet bedanken. Het is haar laatste inbreng als Kamerlid en zij heeft met de initiatiefnota heel mooi werk verricht. Toch blijven er een aantal vragen. Zij pleit bijvoorbeeld voor twee polissen, een restitutiepolis en een zorg-in-naturapolis. Hoe moet ik dat zien? Is de naturapolis dan ook een zuivere polis in die zin dat alleen de gecontracteerde zorg wordt vergoed?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks): Nee, de naturapolis is een polis waarbij goede zorg wordt gecontracteerd en het ook altijd mogelijk is om eigen keuzes te maken en daarvoor een redelijke vergoeding te krijgen. Ik stel voor om ten minste 80% van de zorg vergoed te krijgen, ook als deze niet gecontracteerd is.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): De woordvoerder van GroenLinks zegt: we willen dit stelsel wel handhaven en binnen dit stelsel zorgen voor verbeteringen. De vraag is echter als volgt. Als je selectieve contractering niet in pure zin kunt toepassen, hoe denkt GroenLinks dan dat de kosten in de toekomst beheerst kunnen worden?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks): Er blijft nog altijd een wezenlijk verschil bestaan tussen gecontracteerde en niet gecontracteerde zorg. Dat verschil is ook groot genoeg, zodat er voor mensen een goede prikkel is om voor gecontracteerde zorg te kiezen. Wel moet de zorg die gecontracteerd wordt, ook echt goede zorg zijn. Er wordt nu nog nauwelijks ingekocht op kwaliteit. Dat is een feit. Het is voorbarig om te stellen dat de gecontracteerde zorg zo'n enorm voordeel biedt ten opzichte van de zorg die niet gecontracteerd is, omdat nog niet bewezen is dat er echt goede zorg is gecontracteerd. Om die reden is de keuzevrijheid nu nog essentieel. Wel is het van belang dat wij ons inzetten voor goede zorg. Wil willen dat het een race to the top wordt, dat verzekeraars zich onderscheiden op kwaliteit en dat prijs minder het onderscheidende instrument voor zorgverzekeraars wordt.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik ben toch enigszins verbaasd, gezien de geschiedenis van GroenLinks op dit dossier. De uitsmijter van mevrouw Ellemeet is dat dit stelsel kansen biedt. Is niet de aanname in dit stelsel fundamenteel fout, namelijk dat private partijen met winstbelang, commercieel belang, de zorg sturen? Waarom verlaat GroenLinks haar basisprincipe dat de zorg publiek gestuurd zou moeten zijn? Waarom legt zij die in handen van de private zorgverzekeraars?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks): Het gaat GroenLinks om een stelsel met goede zorg en keuzevrijheid. Keuzevrijheid is ontzettend belangrijk en dus moet je kunnen kiezen op basis van inhoud. Op dit moment valt er te weinig te kiezen op inhoud en is de prijs leidend. Daar moeten we absoluut verandering in brengen. Daar doe ik een aantal heel concrete voorstellen voor. Het mag niet zo zijn dat verzekeraars de vrijheid hebben om mensen te lokken met cadeautjes. Het mag niet zo zijn dat vergelijkingssites verdienen op het verkopen van verschillende polissen. Het moet een transparant, eerlijk stelsel zijn, waarin keuzevrijheid centraal staat. Ik wil niet terug naar een geromantiseerd verleden van voor 2006; dat wil de SP namelijk wel.

Mevrouw **Leijten** (SP): Wat de SP wel wil, zal ik zo zelf zeggen. Wij willen helemaal niet terug naar 2006. Wij willen vooruit naar 2016. Ik stel gewoon vast dat GroenLinks ondanks haar kritiek op de macht van de zorgverzekeraar wel de positie van de zorgverzekeraar handhaaft als degene die de zorg ordent. Waar is een spoedeisende hulp? Waar staat een ziekenhuis? Welke psychiater is wel of niet ingekocht? Dat is wel degelijk een nieuw standpunt van GroenLinks. Zij omarmt het private zorgstelsel met als uitgangspunt de zorgsturing bij de zorgverzekeraars. Eigenlijk vind ik het best treurig om dat te moeten vaststellen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks): Ik zou mevrouw Leijten willen vragen om mijn initiatiefnota goed te lezen. Daarin stel ik voor om een nieuw evenwicht te creëren in het stelsel, waarin patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars gelijkwaardig zijn. Iedereen heeft daarin zijn eigen aandachtspunten, maar het mag niet zo zijn dat de verzekeraars allesbepalend zijn en dat de patiënten er af en toe bij gehaald worden voor het creëren van een mooi beeld. Zo gaat het nu namelijk. Nee, het gaat om daadwerkelijk gelijkwaardige posities. De patiënten en de zorgverleners moeten bepalen wat goede zorg is. Daar gaan de verzekeraars niet over. De verzekeraars moeten zich niet bemoeien met de kwaliteit. Zij moeten gebruikmaken van de kwaliteitsinformatie die er is. Zij moeten inkopen op kwaliteit. Mij gaat het erom dat patiënten en verzekerden echt kunnen kiezen op inhoud. Dat maak ik met mijn voorstellen zeker mogelijk.

De **voorzitter**: Voordat ik het woord geef aan mevrouw Klever, merk ik op dat er heel veel verwezen wordt naar de initiatiefnota van GroenLinks. Die staat voor de eerstvolgende procedurevergadering op de agenda.

Mevrouw **Klever** (PVV): Voorzitter. Gezondheidszorg is bedoeld om patiënten beter te maken en hun pijn te verlichten. De best mogelijke gezondheidszorg kijkt naar wat patiënten het meest nodig hebben. Dat begint met de best mogelijke toegang tot zorg, ofwel: laagdrempelige toegang tot spoed- en basiszorg, 24/7, gevolgd door een snelle diagnose en tijdige behandeling. De twintig onderwerpen op de agenda van vandaag gaan vooral over contractering, risicoverevening, solvabiliteit en polissen. Geld voert de boventoon. Dat is begrijpelijk als we willen dat elke euro in de zorg goed wordt besteed. Maar wanneer vinden we iets goed besteed? Als we een medicijn vinden dat een euro goedkoper is? Of als we een medicijn vinden dat pijn beter bestrijdt? De zorgverzekeraar zal voor het goedkope medicijn gaan, de patiënt kiest echter voor minder pijn.

De Minister pakt dit dilemma aan door meer kwaliteit tegen lagere kosten te beloven. De kosten zijn sinds 2006 echter met 13 miljard euro gestegen. De laatste jaren stijgen de kosten weliswaar minder hard, maar betekent dit dat we op de goede weg zijn? Die vraag kunnen we alleen beantwoorden als we ook naar de kwaliteit kijken, maar kwaliteit is slecht meetbaar. Ik kijk daarom liever vanuit de patiënt naar de zorg om vast te kunnen stellen of we op de goede weg zijn. Door het hoge eigen risico van

€ 375 kunnen we de toegang tot zorg niet langer laagdrempelig noemen. Uit het laatste onderzoek blijkt bovendien dat het nut van het eigen risico niet kan worden aangetoond. Hoe gaat de Minister dit uitleggen aan de honderdduizenden mensen die vanwege het eigen risico betalingsproblemen hebben en die hun zorgvraag vanwege de kosten uit- of afstellen?
De 24/7 toegang tot spoed- en basiszorg is sinds 2006 ingeperkt. Er zijn 12 posten voor spoedeisende hulp gesloten, 26 afdelingen zijn gesloten en nog eens 10 ziekenhuizen willen de verloskundige zorg concentreren. Veel posten voor spoedeisende hulp zijn bovendien 's nachts en in het weekend gesloten. De Consumentenbond heeft onderzocht wat patiënten daarvan vinden. Een overgrote meerderheid van 87% is tegen de sluiting van spoedeisendehulpposten. Elke dag maken 50.000 mensen in Nederland een afspraak op een polikliniek. Zij moeten gemiddeld vier weken wachten voordat ze aan de beurt zijn. Voor zeven specialismen waren de gemiddelde wachttijden dit jaar zelfs langer dan wettelijk toegestaan. Hoe langer het duurt voordat je met een behandeling kunt beginnen, hoe groter het risico op complicaties wordt. Bij acht van elke dertien patiënten die wachten op bestraling, groeit de tumor met meer dan de helft. Als ze nog langer moeten wachten, is bestraling soms niet meer nodig.
Kortom: we zijn met het huidige zorgstelsel niet op de goede weg als het erom gaat patiënten de best mogelijke gezondheidszorg te bieden. De enigen die op de goede weg zijn, zijn de zorgverzekeraars. Want hoe je het ook berekent, ze houden onnodig minstens 2 miljard euro achter. En als zorgaanbieders zich inzetten voor betere kankerbehandelingen met protonentherapie, gaan de zorgverzekeraars daartegen te keer en dreigen ze met een forse premieverhoging. Ze zijn echter vergeten dat daar al eerder onderzoek naar is gedaan. Zonder rekening te houden met de gezondheidswinst zou deze therapie hooguit tot een premieverhoging van € 1,25 leiden. Die informatie heb ik van het UMC Groningen.
Over transparantie gesproken: kan de Minister de zorgverzekeraars eens oproepen om met de echte cijfers te komen? Dit is het jaar van de transparantie in de zorg. We hebben een transparantiekalender, we hebben een transparantieregister en er is 5 miljoen extra vrijgemaakt voor een transparantieprogramma. Hoezeer ik ook voor transparantie ben, geloof ik niet in tv-spotjes of in websites als Kiesbeter.nl, gevuld met gekleurde informatie. Als de 5 miljoen die daaraan is besteed, bedoeld is om de burger ervan te overtuigen dat de zorgverzekeraar toch echt het beste met hen voorheeft, dan is het weggegooid geld. Met de helft van dat bedrag kunnen bijvoorbeeld loopstoornissen bij MS-patiënten verminderd worden door het middel Fampyra te vergoeden. Zo wordt direct resultaat geboekt en krijgen deze mensen een betere kwaliteit van leven. Dat is waar het om moet gaan: kwaliteit, niet op papier maar in de werkelijkheid.
De UMC's hebben een «Beter niet doen»-lijst opgesteld. De Minister zou ook zo'n lijst moeten hanteren. Bovenaan zou de budgetpolis moeten staan. Die kunnen we «beter niet doen». Heeft de Minister haar budgetpolis al ingeruild? Dat mag namelijk van Achmea. Nog beter zou het zijn om hem af te schaffen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Het CDA vindt dat zorg draait om mensen. Mensen die zorg verlenen, mensen die zorg krijgen, mensen die andere mensen gezond houden en mensen die er natuurlijk voor zorgen dat de randvoorwaarden van de zorg geregeld zijn. Maar het beeld is anders. Fysiotherapeuten moeten bij het kruisje tekenen. Verpleegkundigen en medisch specialisten zitten verstrikt in een web van bureaucratie. De patiënt raakt de weg kwijt in het woud van de zorgpolissen. Ziekenhuizen moeten het liefst winst uitkeren en de vrije artsenkeuze zou eigenlijk ook nog beperkt moeten worden, al is dat gelukkig niet gelukt.

Het is tijd om de zorg te ontmarkten en terug te keren naar de kern van de zorg: de menselijke maat, het maatschappelijk belang voorop. Dat betekent juist ook goede zorg buiten de Randstad. Essentieel is de vraag of de Minister bereid is om streekziekenhuizen te helpen met overleven. Tot nu toe wijst zij steeds naar anderen. Het is óf de zorgverzekeraar óf de bank, maar het is niet de Minister. Toch is dat een misvatting. Er is een maatschappelijk belang om goede zorg in de regio overeind te houden. Het gaat om de demografische ontwikkelingen, de toegankelijkheid van zorg, de leefbaarheid, de werkgelegenheid. De Minister hoeft natuurlijk niet persoonlijk de muren van het ziekenhuis overeind te houden, maar zij kan wel de juiste randvoorwaarden stellen.
Ik heb een viertal voorstellen voor de Minister. Laten we allereerst de beschikbaarheidsbijdrage voor de spoedeisende hulp en de acute verloskunde in gevoelige ziekenhuizen niet langer een lege huls laten zijn. Nu is er een vangnet voor kleine ziekenhuizen, maar wordt er niet uitbetaald. Ten tweede is het noodzakelijk dat er een inhoudelijk strenge fusietoets komt. Ten derde wil het CDA graag dat het budget voor de eerstelijns- en de tweedelijnszorg wordt samengevoegd. Dat geeft ruimte om de zorg als één geheel te financieren. Juist de behandeling van chronisch zieken en gehandicapten vraagt om een goede verbinding tussen de eerste en de tweede lijn. In de laatste plaats dienen de zorgverzekeraars en ziekenhuizen de mogelijkheid te bieden aan de lokale gemeenschap of de representanten daarvan om invloed uit te oefenen op het beleid van een zorginstelling. Ik krijg graag een reactie van de Minister op deze vier voorstellen.
Zorgverzekeraars hebben bergen geld op hun bank staan. Dat is noodzakelijk om risico's te kunnen aangaan, maar je kunt grote vraagtekens zetten bij de hoogte van dat bedrag. Vanaf 1 januari 2016 moeten ze door Europese regels nog meer geld op de bank hebben staan. Het CDA is niet voor stijgende zorgkosten doordat er onnodig meer geld bij de zorgverzekeraar op de plank moet blijven liggen. Hier stijgen de kosten door de Europese regelgeving, terwijl de burger, het ziekenhuis, de dokter, de verpleegkundige en de patiënt er niets van terugzien. Die nieuwe systematiek roept wel vragen op. Die zit zo in elkaar dat de zorgverzekeraar een extra straf krijgt als hij veel chronisch zieken en gehandicapten in zijn bestand heeft. Die houden namelijk meer operationeel risico in. Hoe gaat de Minister bereiken dat de risicoverevening wordt aangepast zodat zorgverzekeraars meer chronisch zieken en gehandicapten aantrekken, als er in het nieuwe Europese systeem een soort onderlaag zit rondom de berekening van de risicoverevening, waardoor je gestraft wordt als je extra chronisch zieken en gehandicapten hebt?
Daarnaast wil het CDA graag dat zorgverzekeraars een bepaald maximum aan reserves mogen aanhouden. De wettelijke eisen die straks gesteld worden, zijn voldoende. Ik krijg daar graag een reactie van de Minister op.
Verder wil ik de Minister bedanken voor het feit dat ze weer iets heeft geschreven over de uitkomstbekostiging. Het is een wens van het CDA om daarnaartoe te gaan. Aan de ene kant willen we een integrale bekostiging van preventie. Voordat we zover zijn, zullen we echter nog wat moeten trekken aan de Minister. Aan de andere kant staat de uitkomstbekostiging, waarvan de Minister gelukkig ook vindt dat we die weg zouden moeten inslaan. Welk tijdpad heeft de Minister voor ogen? En op welke termijn denkt zij resultaten te kunnen behalen?

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. De belofte van het huidige zorgstelsel was dat er meer transparantie en meer kwaliteit zou komen, en dat allemaal voor minder geld. Mooier kon je het niet hebben. We zien het Hoogervorst nog vertellen. Maar piepend en krakend komt het langzaam maar zeker tot stilstand. Een evaluatie door KPMG Plexus, dat enkel spreekt met de zorgverzekeraars en niet met patiëntenorganisaties – ach

ja, met de NPCF, dat is de enige, maar bijvoorbeeld niet met de patiënten in de geestelijke gezondheidszorg – is natuurlijk niet serieus te nemen. De beloofde transparantie blijft uit en daarom kiest de Minister de vlucht naar voren met een «jaar van de transparantie» om de boel op de rit te krijgen. Ik kan u echter zeggen dat dit niet gaat werken. Goedkoper is het niet geworden. Het Centraal Planbureau wees er in 2010 in een evaluatie al op dat de dbc-financiering, de «betaling per verrichting»-systematiek vooral tot meer productie had geleid en dat er geen kwaliteitsverbetering was aan te tonen. Ondanks de onterechte politieke stelling dat zorg te duur is, weten we dat vooral ons zorgstelsel extreem duur is. De kosten van bureaucratie, onderhandelingen en juristerij zijn gigantisch. Meerdere malen heb ik aan de Minister gevraagd om daar inzicht in te krijgen en onderzoek naar te doen. Deze transparantie vindt de Minister echter niet belangrijk, want dit is onderdeel van het systeem. Zorgverzekeraars geven op dit moment meer uit aan het stelsel dan ten tijde van de ziekenfondsen. De kosten van klantenbinding en reclame bedragen op jaarbasis meer dan een half miljard. Dan hebben we het nog niet eens over de winsten en de solvabiliteit gehad.

Ook de keuze tussen zorgverzekeraars of zorgverzekeringspolissen is een grote farce. We weten dat vier grote zorgverzekeraars de markt beheersen, en al lijkt er met 54 merken of nog meer heel wat keuze te zijn, we weten dat dat eigenlijk niet zo is. Weinig mensen stappen dus over: tussen de 7% en 10%. De redenen om over te stappen zijn financieel van aard. Ze trappen in een uitgeklede polis, waarvan ze de consequenties niet kunnen voorzien. De budgetpolis leidt tot grote problemen. We hebben het de ziekenhuizen horen zeggen. Is de Minister bereid om te onderzoeken of alle mensen die zo'n polis hebben die ook bewust zijn aangegaan? Ik heb begrepen dat er verschillende collectiviteiten zijn geweest in het verleden, van grote verzekeraars, die van gewone naturapolissen zijn overgegaan naar budgetpolissen. Wisten de mensen, toen hun dat werd aangeboden, dat dat inderdaad budgetpolissen waren? En wisten die mensen dat ze daarmee dus niet naar het ziekenhuis om de hoek konden? Is de Minister bereid om dat te onderzoeken?

De Minister en de coalitiepartijen kloppen zichzelf op de borst dat Nederland het beste zorgstelsel heeft, want dat zegt het Health Consumer Powerhouse. Echter, het RIVM stelt in een reactie op dit onderzoek dat het weinig zinvol is om zorgstelsels met elkaar te vergelijken omdat stelsels enorm van elkaar verschillen en omdat je niet zomaar lijstjes kunt maken als ware het een wedstrijd, al helemaal niet als je in die lijstjes het aantal keizersnedes vergelijkt met het aantal kankerbehandelingen. Ook constateert het RIVM dat 22% van de Nederlanders zorg mijdt vanwege de kosten. Ook zien we dat het aantal wanbetalers, of het aantal mensen dat de premie niet kan betalen, blijft stijgen. Er zijn meer dan 800.000 mensen die een betalingsregeling hebben moeten treffen bij hun zorgverzekeraar omdat ze het eigen risico niet kunnen betalen. Zorgverzekeraars pleiten dus ook voor een grens aan het eigen risico. Dat is steun uit onverdachte hoek voor de SP. Wanneer gaat de Minister een plan maken voor de afbouw van het eigen risico? We zien namelijk dat dit helemaal geen afremmend effect heeft. Dat was toch altijd het doel daarvan?

Niet alleen vanwege de kosten staat de toegankelijkheid van de zorg voor grote groepen Nederlanders onder druk, maar ook omdat zorgverzekeraars zich nog altijd richten op de meest rendabele verzekerden. Officieel heet dit, volgens de Nederlandse Zorgautoriteit, geen risicoselectie, maar we weten allemaal dat dat plaatsvindt. Het is niet voor niets dat de Minister nu zegt dat zij wil dat ouderen en chronisch zieken rendabeler worden, zodat zorgverzekeraars daar meer voor kiezen. Maar dan krijgen we de nieuwe solvabiliteitsregels vanuit Europa; mevrouw Bruins Slot wees daar ook al op. Hoe meer risico je in je portefeuille hebt, hoe strenger de solvabiliteitsregels. Loopt het hier nou niet gewoon vast?

Meer samenwerking willen we in de zorg, maar dan komt de ACM om de hoek kijken. Die kijkt naar de markt als een concurrerende markt. Als men hetzelfde product aanbiedt, is men een concurrent van elkaar. Dat is de blik van de ACM. Dat helpt misschien bij de frisdranken, maar dat helpt niet bij de huisartsen. Ik zou graag van de Minister willen weten welke zaken die de ACM, in het verleden de NMa, heeft aangekaart om boetes op te kunnen leggen, ook de eindstreep hebben gehaald. Het klopt dat er eigenlijk geen enkele boete is opgelegd, maar dat het wel grote gevolgen heeft gehad: fusies, verkrampte samenwerking. Er is een hele campagne vanuit het ministerie voor nodig geweest om uit te leggen op welke manier je het mededingingsrecht in de zorg moet uitleggen.
Waar het ook vastloopt, is met de professionals.

De **voorzitter**: Kunt u afronden?

Mevrouw **Leijten** (SP): Ja voorzitter, ik ben bijna klaar. Professionals en hun professionele inzicht worden niet meer gewaardeerd. Er wordt gescoord op productie, op aantallen en niet op inhoud. Huisartsen die te vaak naar terminale patiënten gaan, zouden frauderen. Hoe ziek kan het stelsel zijn?
De marktwerking geeft ons geen betere zorg, geen transparantere zorg en helemaal geen goedkopere zorg. Zij leidt tot machtsstrijd, tot onverklaarbare regels die zeggen dat er niet mag worden samengewerkt of overlegd en tot winstbejag over de rug van kwetsbare mensen heen.

De **voorzitter**: Gaat u afronden.

Mevrouw **Leijten** (SP): We moeten naar een stelsel dat is gebaseerd op samenwerking, inhoud, goede afstemming en waardering voor professionals, uiteraard in het belang van de patiënt. Ons voorstel voor een landelijke zorgvoorziening die de zorgverzekeraars vervangt, blijft overeind. Wij willen het machtsevenwicht herstellen door de macht weg te nemen bij de zorgverzekeraars.

De heer **Rutte** (VVD): Het Centraal Planbureau stelde niet zo heel lang geleden het rapport «Gezondheid loont. Tussen keuze en solidariteit» op. Dat opent met de volgende uitspraak: «De kwaliteit van de Nederlandse medische zorg is goed, maar niet uitzonderlijk goed. De zorg is wel bijzonder toegankelijk voor alle lagen van de bevolking. De uitgaven aan langdurige zorg zijn de hoogste in Europa, de kosten van curatieve zorg zijn niet hoger dan gemiddeld. Het basispakket voor de curatieve zorg is iets breder dan in veel andere landen, weinig landen hebben een even brede basisverzekering voor langdurige zorg.» In internationaal perspectief zijn de kosten dus niet hoger dan gemiddeld. Als we dan het verhaal van de SP horen dat ons stelsel veel te duur is, waar is dan het bewijs?

Mevrouw **Leijten** (SP): Wat ik zeg is dat ons zorgstelsel in de transactiekosten extreem duur is. Dat wordt ook gesteld in heel veel internationale onderzoeken. Als meer dan 330.000 mensen hun premie niet kunnen betalen, meer dan 800.000 mensen het eigen risico niet kunnen betalen en 22% aangeeft vanwege financiële motieven te hebben afgezien van medisch noodzakelijke zorg, vind ik het inderdaad iets om ons zorgen over te maken. We hebben vaak discussies gevoerd over de vraag of de zorg niet te duur is, zeker in internationaal perspectief als percentage van het bruto binnenlands product en zeker ook omdat we daar een goede ouderenzorg, een goede thuiszorg, in hadden zitten. Daar heb ik ook vaak met de heer Rog de degens over gekruist. Hij sloopt nu overigens de langdurige zorg vanuit de gedachte dat die te duur zou zijn. Ik denk dat het probleem in ons zorgstelsel is dat we de macht niet meer hebben – we

gaan niet meer over de zaken waarover we zouden moeten gaan – en dat de samenwerking vastloopt. Daar heb ik het over gehad.

De heer **Rutte** (VVD): Mevrouw Leijten trok in haar betoog een heel grote broek aan door te zeggen dat ons stelsel ontzettend duur zou zijn. Het Centraal Planbureau heeft er over het algemeen objectief meer verstand van. Het CPB zegt simpelweg dat van dat stelsel van de langdurige zorg, waar de SP zo aan hangt, de kosten de hoogste van Europa zijn en dat de kosten van ons curatieve stelsel met een breed pakket niet hoger dan gemiddeld zijn. Als dat de feiten zijn, wordt het dan niet eens tijd dat men bij de SP vanuit de feiten gaat redenen, in plaats vanuit de ideologie en grote woorden?

Mevrouw **Leijten** (SP): Dan doe ik een voorstel aan de heer Rutte. Ik heb namelijk meerdere keren moties ingediend met het verzoek om op een rij te zetten wat de kosten aan onderhandelingen, juristen, accountants en dat soort zaken zijn. Maak dat nou eens transparant. In al die onderzoeken lezen we namelijk net zo goed dat de transactiekosten van ons stelsel enorm hoog zijn. Ik ben ervan overtuigd dat daaraan minder kan worden uitgegeven. Vanuit het perspectief van de heer Rutte kan het dan wellicht nóg goedkoper. Maar dat steunt hij niet, dat hoeft hij niet te weten. Ik wil dat wel weten. Als ik in een ziekenhuis of bij een instelling voor geestelijke gezondheidszorg kom, dan zeggen ze: vroeger hadden wij een aantal onderhandelaars en nu zijn het er 30, 40. Dat kost allemaal geld dat niet meer naar de zorg gaat. Daar kan de heer Rutte zijn ogen voor sluiten, maar daar zou ik graag iets aan doen. Volgens mij kan dat simpeler en goedkoper.

De heer **Rutte** (VVD): Dat zijn heel veel woorden, maar dat is geen antwoord. Dat wil ik even laten noteren.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. In de zorg moeten we van systemen naar mensen. De vraag is dan ook hoe het huidige stelsel kan bijdragen aan een gezond stelsel, waarbij wordt samengewerkt om mensen langer gezond te houden en waarbij de kwaliteit van leven wordt vergroot. De zorg moet weer draaien om de allerbelangrijkste persoon, namelijk de patiënt. Voor de Partij van de Arbeid geldt dat binnen het huidige stelsel een verbeterslag moet worden gemaakt ten aanzien van solidariteit, zeggenschap voor een patiënt en zijn verzekerde, samenwerking in het belang van die patiënten en de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar.
Solidariteit begint met gelijke kansen om zo lang mogelijk gezond te blijven. Dit stelsel beloont echter het behandelen van ziekte in plaats van het voorkomen ervan. Op welke manier kan dit stelsel beter gaan bijdragen aan preventie? Hoe gaat de Minister sturen op samenwerking vanuit de zorgverzekeraar met gezonde, regionale initiatieven? En hoe zorgen we er binnen dit stelsel voor dat innovaties die gericht zijn op betere kwaliteit van leven en zorg, door iedereen gebruikt gaan worden en niet alleen door hogeropgeleiden?
De zeggenschap van de patiënten en verzekerden moet worden vergroot. Het is al vaker genoemd. Daarvoor is begrijpelijke informatie nodig over ziekte en zorg. Daarvoor is tijd en ruimte nodig om een gesprek te voeren. Het gaat om luisteren, bespreken en samen beslissen over de gewenste kwaliteit van leven en wat daarvoor nodig is. Sturen op bespreken in plaats van bepalen per verrichting. Welke concrete stappen kunnen er nu worden genomen om misbruik van het verrichtingensysteem te voorkomen en het samen bespreken en beslissen met een patiënt te bevorderen? Hoe wordt de vraag maar ook de kennis van de patiënt en van patiëntenverenigingen beter ingezet door behandelaren, door zorgverleners en door de zorgverzekeraar? Ook moeten de zorgpolissen

veel eenvoudiger worden voor verzekerden. De norm zou moeten zijn dat een vergelijkingssite niet meer nodig is, omdat de polis gewoon begrijpelijk is. Welke nadere regels gaat de Minister stellen? Vanzelf lukt het immers niet. En neemt de Minister ook een voorbeeld aan de financiële sector, in die zin dat het daar eerst misging en nu langzaam beter lijkt te gaan?
Dan kom ik te spreken over samenwerking. Welke prikkels zijn er in dit stelsel om samen te werken? Mededingingsregels belemmeren de samenwerking op lokaal en regionaal niveau. De substitutie van de tweede naar de eerste lijn voltrekt zich langzaam, mede omdat de tweede lijn gaten opvult met onnodige zorg. Hoe gaat de Minister hierop sturen? En hoe is de afstemming tussen de wijkverpleegkundige en de praktijkverpleegkundige? Gaan nu niet alsnog te veel mensen naar hetzelfde adres? Hoe zorgt de Minister ervoor dat er geen overlap plaatsvindt maar dat verzekeraars zo nodig wel investeren, zodat de juiste zorg wordt geleverd? Populatiegebonden zorg en uitkomstbekostigingen zijn juist de manieren om regionaal te investeren in gezondheid en samenwerking in het belang van de patiënten. Maar wat is nou de stand van zaken met de proeftuinen? Er is een begin mee gemaakt, maar wat is de stand van zaken?

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik vond het wel opmerkelijk dat de woordvoerster van de Partij van de Arbeid heel snel eventjes de ACM noemde. Met «Kwaliteit loont», dat samengesteld pakket dat de afgewezen zorgwet zou moeten vervangen, heeft de Minister gekozen voor de vlucht naar voren. De ACM krijgt alle markttoezichttaken op de zorg. Welke garantie heeft de Partij van de Arbeid gekregen van de Minister dat zij dat op een betere manier gaat doen dan ze dat tot nu toe heeft gedaan?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik zou graag garanties krijgen, maar volgens mij hebben wij die allemaal niet. Ik heb wel een brief van de Minister gekregen waarin zij erkent dat het nu niet goed gaat. Het gaat niet goed bij de NZa. Uit de trackrecord van de ACM blijkt dat het daar ook niet goed gaat. Dus wat moet er gebeuren? Juridische instrumenten moet je beter inzetten en de toezichthouders moeten beter kunnen samenwerken. Het gaat dus alleen goed werken als de juridische kennis van de ACM wordt gebundeld met de zorgkennis van de NZa, zodat de mensen die daar werken gaan samenwerken in het belang van de zorg. Zorg is geen product – mevrouw Leijten had het over frisdrank, ik noemde telefoons – maar zorg is een relatie. Of het toezicht op mededinging, eerlijk onderhandelen, fatsoenlijk met elkaar omgaan, wel op kwaliteit samenwerken maar geen prijsafspraken maken – wij willen met zijn allen immers niet meer premie betalen – slaagt, hangt heel erg af van de uitwerking en de samenwerking in de praktijk. De zorgen die mevrouw Leijten daarover heeft, deel ik geheel, maar laten we het voorstel van de Minister afwachten, want in tegenstelling tot wat zij denkt, heb ik dat voorstel niet. Laten we vervolgens heel erg gaan sturen op de aankleding van de instrumenten, de samenwerking en het centraal stellen van mensen in plaats van producten.

Mevrouw **Leijten** (SP): In de evaluatie van de NZa en in het rapport van de commissie-Borstlap hebben we kunnen lezen dat de markttoezichttaak niet goed wordt ingevuld door de NZa. Er is echter onenigheid of de NZa die taak zou moeten hebben. De Minister kiest er nu voor om die taak weg te halen bij de NZa. Dat hebben we allemaal gezien. Maar we hebben ook gezien dat de blik op de markt van de ACM, voorheen de NMa in de trant van «je bent aanbieder van hetzelfde product en daarmee een concurrent van elkaar» enorme gevolgen heeft gehad. We hebben de fusiegolf in de thuiszorg gezien, omdat ze niet meer mochten samenwerken; we zien een fusiegolf bij de ziekenhuizen, omdat ze niet mochten samenwerken van de NMa. Er waren boetes opgelegd vanwege huisartsen ...

De **voorzitter**: Wat is uw vraag?

Mevrouw **Leijten** (SP): ... die afspraken maakten over de patiënten, de verzekerden, in een regio. Al die boetes hebben de eindstreep niet gehaald.

De **voorzitter**: Wat is uw concrete vraag aan mevrouw Bouwmeester?

Mevrouw **Leijten** (SP): Hoe voorkomen we dat de ACM alleen maar een marktbril opzet en de samenwerking en de samenhang niet volledig gaat doorbreken?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dat begint ermee dat iedereen, ook de Minister in haar voorstellen en haar brief, erkent dat het markttoezicht nu niet optimaal werkt. Het gaat er niet per se om of je de instrumenten daarvoor neerzet bij de ene of de andere toezichthouder. Het gaat erom dat je de juridische kennis en de kennis over zorg bundelt en je er niet alleen met een technische blik vanaf de andere kant naar kijkt, maar dat je het samen doet. Wij vinden het heel belangrijk dat nu erkend wordt dat het niet werkt en dat er nu een nieuw voorstel komt. Om het concreet te maken zal ik zeggen wat onze graadmeter is. Wij hebben ons heel boos gemaakt over de casus van de transgenders bij de VU. Er waren mensen die vier maanden lang nergens terechtkonden. Er was geen aanmeldlijst, de zorgplicht werd niet nagekomen en de toezichthouders deden niks. Dat kan dus niet. Dat moet beter en daarom krijgen we dat voorstel van de Minister, die erkent dat het beter moet. Laten we dat afwachten met een positieve houding en vervolgens heel kritisch kijken naar de uitwerking daarvan.
Ik was gebleven bij de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars zouden partner moeten zijn van de verzekerde, van de patiënt en van de zorgaanbieder. Het gaat om het doelmatig besteden van ons premiegeld op basis van kwaliteit. Het tegendeel is echter waar. Partijen staan lijnrecht tegenover elkaar. Kwaliteit staat nog niet centraal. De Minister heeft een reeks maatregelen genomen om de positie van de verzekerde en de zorgaanbieder te versterken. Zo komt er een meldpunt bij de NZa voor verzekerden en komt er een geschillencommissie voor aanbieders. Dat moet tekenen bij het kruisje voorkomen.
Dit zijn heel belangrijke stappen, omdat daarmee wordt erkend dat de machtsbalans niet in orde is en dat het beter moet. Het enige nadeel is dat deze maatregelen zijn gericht op ingrijpen bij conflicten. Dan is het al te laat en het is aan de achterkant. Deze conflicten moeten juist voorkomen worden. Daarvoor is een andere grondhouding van de zorgverzekeraars nodig, die juist vanwege hun private karakter elke dag hun legitimiteit moeten verdienen. Zij besteden ons premiegeld en zij zijn privaat. Dat betekent dat je aan draagvlak moet werken en ervoor zorgt dat je mensen erbij haalt. Je moet niet vanuit de bestuurskamer bedenken: wij zijn privaat, wij betalen, en de groeten aan de rest. Dat kan niet. Je moet bereikbaar en benaderbaar zijn en kritiek gebruiken om het elke dag beter te doen. Welk antwoord hebben de zorgverzekeraars op hun gebrek aan legitimiteit? Zij hebben ons een brief gestuurd waarin goede voornemens staan. Maar de Partij van de Arbeid wil deze voornemens terugzien in bijvoorbeeld de Code Good Contracting Practices en de Code Goed Zorgverzekeraarschap, zodat de NZa hier vooraf en achteraf op kan toezien. Dit uiteraard naast de wet- en regelgeving die de Minister hierover heeft voorgesteld. Waarom maken zorgverzekeraars niet gewoon een regioplan, een meerjarig plan voor de zorg in overleg met de aanbieders en de patiënten in de regio? In Nederland bijvoorbeeld is dat keihard nodig. De Minister is daarheen gegaan omdat het daar niet vanzelf gaat. Waarom worden ze daar niet verplicht om de regie te nemen? Hiermee kunnen ze de goede voornemens omzetten in daden en

komt samenwerking voor de patiënt weer centraal te staan. Ik vraag aan de Minister hoe dit kan worden vormgegeven.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik hoor mevrouw Bouwmeester verstandige woorden zeggen over de good contracting principles, de goede manier waarop de zorgverzekeraar en de zorgaanbieders met elkaar zouden moeten inkopen. Hoor ik in het pleidooi van mevrouw Bouwmeester dat zij zegt: als je die goede principes hebt, dan moet je je er ook aan houden en dus moet de Nederlandse Zorgautoriteit ook kunnen toetsen aan die principes en daar toezicht op kunnen houden?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dat heeft mevrouw Bruins Slot van het CDA goed gehoord. Sterker nog: wij hebben bij de begrotingsbehandeling van het afgelopen jaar een motie ingediend waarin wij stellen dat zorgverzekeraars hun leven moeten beteren. Zij hebben een groot legitimiteitsprobleem. Dat zien ze zelf ook in. Zij komen nu zelf ook met betere voorstellen, maar wij willen meer dan alleen maar mooie woorden. Dus vinden wij dat in navolging van de motie die door de Kamer is aangenomen, twee dingen beter moeten worden. De Minister moet zorgen voor de wet- en regelgeving en de zorgverzekeraars moeten de Code Good Contracting Practices en de Code Goed Zorgverzekeraarschap naleven. Vervolgens moet de NZa dat soort leidraden gebruiken. Het goede nieuw is dat de Minister al heeft toegezegd dat de NZa dat gaat doen. Mijn extra vraag aan de Minister was, en volgens mij steunt het CDA mij daarin: zorg ervoor dat de nieuwe goede voornemens die de zorgverzekeraars in een brief hebben verwoord, in de code komen, zodat we elkaar scherp kunnen houden in het belang van de patiënt, de gezondheid en de samenleving.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Als «leidraad gebruiken» is iets anders dan dat de Nederlandse Zorgautoriteit kan toetsen en direct toezicht kan houden. In het kader van de beperking van de vrije artsenkeuze heb ik dat natuurlijk al een keer eerder aan de Minister gevraagd. Toen zei ze: nee, dat vind ik niet kunnen; ik vind dat de NZa geen toezicht moet houden op privaat contracteren. Als de PvdA vindt dat de NZa echt op dat contracteerproces en die principes toezicht kan houden en haar instrumenten kan inzetten, dan is dat een interessante weg om te gaan. Ik zou mevrouw Bouwmeester dan ook willen uitnodigen om daarover een motie in te dienen, indien de Minister niet toezegt om dat te gaan regelen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De Minister heeft dit al toegezegd tijdens de behandeling van de begroting. Ik neem dus aan dat de Minister in dezelfde lijn daarnaar wil gaan kijken. Mevrouw Bruins Slot schudt nee, maar ik zou zeggen: lees de Handelingen van de begrotingsbehandeling er maar op na. Daar staat het namelijk in. Naast wat de zorgverzekeraars zelf moeten doen om voor een betere grondhouding te zorgen, komt er, opdat zorgverzekeraars kunnen bewijzen dat ze het ook echt beter willen gaan doen, natuurlijk een geschillencommissie. Die was er niet, maar die komt er wel, juist om de positie van de eerste lijn, van de kleine zorgaanbieders, te versterken ten opzichte van de grote macht van de grote zorgverzekeraars, zodat het evenwicht hersteld wordt.

De **voorzitter**: Dank u wel.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik wil nog één ding aanvullen

De **voorzitter**: Probeert u iets korter te antwoorden.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ja, maar er worden veel punten in één vraag aan de orde gesteld. Wat ik ook heb gevraagd in het vorige debat, is

het volgende. Als bij de geschillencommissie of de NZa heel veel meldingen binnenkomen van dingen die niet goed gaan vanuit de zorgverzekeraar, is dat dan ook een signaal voor de NZa om in te grijpen?Daarvan heeft de Minister gezegd: ook dat gaan we doen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks): Ik hoor mevrouw Bouwmeester er terecht over spreken dat de legitimiteit van de zorgverzekeraars in het geding is en teruggewonnen moet worden. Volgens mij heeft die legitimiteit alles te maken met het inkopen van goede zorg. Dat gebeurt nu nog nauwelijks. Er wordt voor het allergrootste deel gecontracteerd op prijs en niet op kwaliteit. Is mevrouw Bouwmeester het met mij eens dat het voorbarig is om alleen die gecontracteerde zorg tot een redelijke hoogte te vergoeden? En is mevrouw Bouwmeester het met mij eens dat de vrije keuze voor de zorg en de artsen van belang is, juist omdat er nog niet gecontracteerd wordt op kwaliteit?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik hoor twee vragen. De eerste gaat over contracteren. Het maakt niet uit of een zorgverzekeraar publiek of privaat is. Wij zien ze liever publiek, ze zijn nu privaat. Zij vervullen de rol van boeman. Er moet onderhandeld worden, maar dat moet wel netjes gebeuren. Het grootste probleem daarbij is dat het om relaties gaat. Mensen die geen gehoor krijgen, die moeten tekenen bij het kruisje, die afgeblaft worden, die het gevoel krijgen dat ze, al hebben ze de meest briljante, gouden standaarden, alsnog niet beloond worden. Er is een heel grote gap tussen wat er aan kwaliteit is en de beleving hoe er wordt onderhandeld. Dat moet van twee kanten beter. Het gaat erom dat de zorgverzekeraar en de aanbieder elkaar weer kunnen vinden in het belang van de patiënten. Artsen moeten dus openheid geven over wat ze doen. Ze moeten zich kwetsbaar opstellen. Maar als er kwaliteitsafspraken worden gemaakt, moet dat ook beloond worden door een zorgverzekeraar. Dan creëer je een veilige situatie waarin het weer gaat om de patiënt en waarin zorgverleners worden beloond en uitgedaagd om het elke dag beter te doen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks): Ik hoor geen antwoord op mijn vraag. Ik zei dat het van belang is om voor goede zorg te kunnen kiezen. Als verzekeraars in staat zijn om de beste zorg te contracteren en daar transparant over te zijn, dan is het heel aannemelijk dat verzekerden kiezen voor de zorg die gecontracteerd is. Er wordt nu niet gecontracteerd op kwaliteit. Er wordt gecontracteerd op prijs. Is mevrouw Bouwmeester het om die reden met mij eens dat de vrije artsenkeuze van belang is en dat iedereen zijn eigen arts moet kunnen kiezen, omdat nu niet gegarandeerd is dat de verzekeraar de beste zorg contracteert?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik zou het eigenlijk willen omdraaien. Wij willen dat iedereen de keuze heeft tussen goed en goed. Maar die is er nu niet. Dat zegt de NZa ook. Zij zegt dat er te weinig inzicht is in kwaliteit. Dan kunnen we heel lang gaan steggelen over wie waarvoor verantwoordelijk is, maar ik zie de driehoek voor mij. Ik zie een zorgverzekeraar met een bak aan informatie over de kwaliteit aan zorg, over complicaties bij behandelingen, over waar dingen niet goed gaan en waar dingen wel goed gaan. Ik zie behandelaars die onderling heel goed weten wie de beste arts is, wie een stapje harder moet lopen, wie aan het innoveren is. Die weten dat heel goed van elkaar. Als je dat vandaag naast elkaar legt, komt een patiënt daar veel verder mee. De NPCF is daarmee begonnen. Wat ik zie is echter dat twee met elkaar aan het discussiëren zijn en dat de patiënt daarvan de dupe is. Het hele stelsel draait om de patiënt en de verzekerde, maar die wordt bewust dom gehouden. Dat moet dus veranderen. Ik ga dus geen partij kiezen voor de een of voor de ander, voor het belang van de zorgverzekeraar of voor het belang van de arts, ik

ga voor het belang van de verzekerde en de patiënt. Daarvoor moet de informatie openbaar worden en moet je dus het recht hebben om te kiezen voor die allerbeste arts. Dat is het pad dat we met zijn allen moeten bewandelen.

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. We spreken vandaag over het zorgstelsel. Dat stelsel is geen doel, maar een middel. Het is een middel om in de zorg, waarin zo veel complexe belangen samenkomen, een balans te vinden die recht doet aan al die belangen. Zo is er het belang van de patiënt die zo snel en zo goed mogelijk geholpen wil worden en een behandeling wil die maximaal bijdraagt aan zijn of haar kwaliteit van leven. Daarnaast is er het belang van de zorgaanbieder en de arts om zo goed mogelijke zorg met zo min mogelijk administratieve belemmeringen en tegen een goede vergoeding aan de patiënt te kunnen bieden. Ook is er het belang van de premiebetaler die een goede en brede zorgverzekering tegen een zo laag mogelijke prijs wil, het belang van de verzekeraar die kwalitatief goede zorg tegen een zo scherp mogelijke premie wil aanbieden en het belang van de overheid die het van belang vindt om goede zorg aan zo veel mogelijk mensen ter beschikking te stellen en die wil voorkomen dat door stijgende zorgkosten andere essentiële overheidsdoelen, zoals onderwijs en veiligheid, in het gedrang komen. Dan heb ik het nog niet over de belangen van werkgevers, toeleveranciers en noem maar op. Het is een enorm samenspel. Ieder land in de westerse wereld kampt met dezelfde uitdagingen. Hoe brengen we al deze belangen bij elkaar en hoe vinden we het juiste evenwicht?
Ik benadruk niet voor niets het belang van het vinden van een evenwicht. Het is essentieel dat wij ons niet laten verleiden om te veel te gaan hangen naar de kant van één van de belangen. Als we eenzijdig luisteren naar de belangen van de zorgaanbieders gaat het mis. Dan krijgen we waarschijnlijk een zeer groot en ruim zorgaanbod, maar dreigt tegelijkertijd een kostenexplosie die de solidariteit van de premiebetaler kan ondermijnen en die andere belangrijke maatschappelijke uitgaven verdringt. Eenzijdig kijken naar de betaalbaarheid en de kosten is echter evenmin goed. Dat zou kunnen leiden tot een verschraling van het verzekerde pakket of tot heel lange wachtlijsten. Ons zorgstelsel, waarin iedereen verplicht verzekerd is voor een brede basisverzekering, uitgevoerd door private verzekeraars die voor hun verzekering iedereen verplicht tegen dezelfde premie moeten accepteren, zorgt ervoor dat de balans tussen al die belangen steeds beter gevonden wordt. Het is daarom dat ons zorgstelsel ook dit jaar weer als het beste van Europa wordt gekwalificeerd en dat de afstand met nummer twee, Zwitserland, is toegenomen. Daar mogen we best een beetje trots op zijn. Ik ben dat in ieder geval wel.
De VVD staat dan ook pal voor ons zorgstelsel, waarin de kwalitatief beste zorg betaalbaar en beschikbaar is voor iedereen. Juist daarom moeten we echter ook kritisch zijn over zaken die dat stelsel zouden kunnen uithollen. Wat de VVD betreft is risicoselectie op dat punt het allergrootste risico. De VVD hamert hier al jaren op. We móéten borgen dat iedere basispolis voor iedereen, ziek of gezond, zonder drempels beschikbaar is. Ik ben daarom blij met de forse verschuivingen in de verevening in de richting van zieken en chronisch zieken die de Minister in haar nieuwe zorgplan heeft voorgesteld. Hierdoor zal het beeld van verzekeraars die zich louter op gezonde en hoogopgeleide mensen richten hopelijk stevig aangepast worden. Het is, samen met het uitgebreide programma voor het jaar van de transparantie dat gisteren bekend werd gemaakt, een van de belangrijkste maatregelen voor het komende jaar.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik ben het eens met de VVD wat betreft die risicoverevening. Het is een basis van het zorgstelsel dat je voorkomt dat zorgverzekeraars verkeerde prikkels hebben. Het is een interessante

ambitie van de Minister om chronisch zieken en gehandicapten daar een betere plek in te geven. Het is echter wel heel lastig om dit voor elkaar te krijgen. We hebben daar al een interessante technische briefing over gehad. We zien nu dat er vanuit Europa nieuwe solvabiliteitsregels zijn, waarin juist staat dat als een verzekeraar veel chronisch zieken en gehandicapten aantrekt, deze straf krijgt. De verzekeraar moet dan namelijk een hogere solvabiliteit aanhouden. Hoe denkt de heer Rutte dat de Minister in staat is om die twee zaken met elkaar te verenigen?

De heer **Rutte** (VVD): Ik verwijt de Minister niet dat er nieuwe Europese solvabiliteitsregels zijn. Dat hoor ik de CDA-fractie ook niet doen. De Minister kan daar niets aan doen. We hebben die te handelen. Er is inderdaad een uitdaging, gezien enerzijds de verevening die we wat meer naar chronisch zieken en gehandicapten willen krijgen en anderzijds de effecten daarvan op de solvabiliteitseisen voor verzekeraars. Dit is een goede vraag van mevrouw Bruins Slot. We moeten die zien te beantwoorden. Het is ook een buitengewoon technische kwestie. De verzekeraars zelf hebben overigens niet de alarmbel geluid dat het echt direct leidt tot heel grote problemen in de onderlinge verhoudingen. Misschien is dat wel het geval bij heel kleine partijen maar niet bij de grotere. Het alarmistische beeld herken ik dus niet, maar dat er op dat punt krachten tegen elkaar inwerken, herken ik wel.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Daarnaast is er natuurlijk een beperkte hoeveelheid geld die we aan zorg kunnen uitgeven. Het meeste geld moet de zorg inkomen. We hebben al een aantal discussies gehad over de hoeveelheid geld die zorgverzekeraars op de plank hebben liggen. Vindt de VVD het niet interessant om te onderzoeken of er een maximum gesteld kan worden aan de reserves die zorgverzekeraars mogen aanhouden? Zouden we kunnen onderzoeken of dat een mogelijkheid is?

De heer **Rutte** (VVD): Dat is een onverstandig plan van het CDA. Het klinkt heel erg leuk en het zal maatschappelijk vast veel weerklank vinden, want iedereen vindt graag iets van de reserves van de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben echter geen winstdoelstelling. Zij moeten er ieder jaar opnieuw voor knokken om mensen aan zich te binden. Zij moeten in ieder geval voldoen aan de minimum solvabiliteitseisen. Daar waar er een hogere solvabiliteit is, moet die gelijkmatig worden ingezet om te komen tot een goede, regelmatige en stabiele premieontwikkeling. Dat is ook het beeld dat wij dit jaar hebben gezien. Dat moeten we vooral vasthouden; we moeten niet vanuit de overheid absolute regels betreffende de maxima gaan opleggen. We hebben minimumeisen. Die moeten we vooral handhaven. Voor de rest is het echt aan de verzekeraar zelf om het geld goed te besteden en ten gunste te laten komen aan de premiebetaler. Dat is ook wat er uiteindelijk gebeurt.

Mevrouw **Klever** (PVV): Er zijn natuurlijk al regels voor solvabiliteitseisen: Solvency II. Als je die regels in ogenschouw neemt, hebben zorgverzekeraars ruim 2 miljard euro extra op de plank liggen. Wat moet er met die 2 miljard euro gebeuren, naar de mening van de heer Rutte? Nu wordt er vooral mee belegd. Dat is misschien het afgelopen jaar goed gegaan, maar we hebben gezien, bijvoorbeeld in het geval van de woningcorporaties, dat het ook heel erg fout kan gaan. Wat vindt de heer Rutte dat ze moeten doen met die 2 miljard euro die door premiebetalers is opgebracht?

De heer **Rutte** (VVD): Die reserves zijn van de verzekeraar en zullen uiteindelijk ten gunste komen aan de premiebetaler. Dat is het afgelopen jaar ook gebeurd. Een enorm deel van die reserves wordt ingezet om de premieontwikkeling te remmen. De ene verzekeraar heeft dat meer

gedaan dan de ander, maar uiteindelijk gaat het om heel grote bedragen. Dit moet ook gebeuren. Dat verzekeraars hun reserves beleggen, overigens heel prudent en voorzichtig, is hun taak. Zij moeten dat doen; zij moeten dat vermogen in stand houden en bij voorkeur een klein beetje laten groeien. Het is niet zo dat daar roekeloze dingen mee gebeuren.

Mevrouw **Klever** (PVV): Zegt de heer Rutte nou echt dat het de taak is van de verzekeraars om reserves te gaan zitten beleggen? Ik geloof wérkelijk niet wat ik hoor. De taak van verzekeraars is goede zorg inkopen en zorgen voor een hoge kwaliteit tegen een goede prijs. Daarvoor zijn er solvabiliteitseisen, die stellen dat zij een reserve moeten aanhouden. Alles wat zij daarboven aanhouden, is toch niet om te beléggen, mijnheer Rutte? Dat vindt u zelf toch ook echt niet?

De heer **Rutte** (VVD): Dit is een prachtig woordenspel. Verzekeraars moeten forse reserves hebben, want zij nemen ook forse risico's. Het geld dat zij daarvoor in kas hebben, zetten zij in voor vermogensbeheer. Voor een deel staat dat geld op een spaarrekening en voor een deel wordt daarmee geïnvesteerd, zo risicoloos mogelijk. Overigens doen pensioenfondsen dat ook. Dat moet je ook doen als je een groot kapitaal hebt; daar moet je prudent en op een goede manier mee omgaan. Dat mag je «beleggen» noemen, dat mag je ook «vermogensbeheer» noemen; dat is uiteindelijk niet meer dan een woordenspel. Verzekeraars doen dit heel goed en prudent; er zijn de afgelopen jaren geen schandalen mee geweest. Zij zetten het geld meer en meer in voor een gelijkmatige premieontwikkeling. Dat is buitengewoon belangrijk, want anders krijgen we een schoksgewijze premieontwikkeling en daarmee is niemand gediend.

De **voorzitter**: U vervolgt uw betoog.

De heer **Rutte** (VVD): Ik ben bijna klaar.
De VVD zal zich nu en in de toekomst blijven inzetten voor het behoud en de verdere verbetering van ons zorgstelsel. Niet om jaar in jaar uit de internationale lijstjes te kunnen blijven aanvoeren, maar omdat wij zien dat dit stelsel als een van de weinige stelsels in de wereld de balans weet te vinden tussen de complexe belangen in de zorg. Zo'n stelsel is het waard om verdedigd te worden

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks): Ik hoorde de heer Rutte zeggen dat hij toe wil naar een beter evenwicht in het stelsel. Dat ben ik van harte met hem eens. Dat evenwicht is nu zoek. Dat heeft er ook mee te maken dat veel zorgverleners eindeloos veel tijd kwijt zijn met het invullen van lijstjes van verzekeraars. Iedere verzekeraar wil weer net wat andere kwaliteitsinformatie. Aan de andere kant zien we dat er heel mooie initiatieven zijn ontstaan tussen zorgverzekeraars, zorgverleners, patiënten en wetenschappers rondom een ziektebeeld. Dergelijke initiatieven komen niet voort uit die vragenlijstjes. Partijen weten elkaar te vinden omdat ze koploper zijn op hun eigen terrein. Is de heer Rutte het met mij eens dat we zo snel mogelijk af moeten van al die eindeloze vragenlijstjes van de verschillende zorgverzekeraars? Kunnen we de zorgverzekeraars niet beter vragen om gebruik te maken van de kwaliteitsinformatie die ontwikkeld wordt door het veld zelf?

De heer **Rutte** (VVD): Ik denk dat de VVD de ambitie van GroenLinks deelt om zo snel mogelijk te komen tot een veel bredere, uniforme set aan data over wat we kwaliteit vinden. Ik zie dit overigens terug in de plannen van de Minister: voor 30 aandoeningen gaan we zo snel mogelijk met elkaar de normen bepalen. Laten die dan ook leidend zijn; daar ben ik heel erg voor. Ik vind het echter onterecht om alles maar in de schoenen van de

verzekeraars te schuiven, alsof die met hun lijstjes maar wat aan lopen te kloten. De verzekeraars doen heel grote pogingen om «kwaliteit» gedefinieerd te krijgen daar waar het veld soms niet voldoende levert. We moeten overal een evenwichtig verhaal vertellen, ook in dit huis. We moeten niet iedere keer doen alsof zorgverleners heilig zijn en zorgverzekeraars boeven. Dat is niet waar. Het gaat uiteindelijk om een gebalanceerd beeld.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks): Zorgverleners zijn absoluut niet heilig en het is absoluut van belang dat zij nu het initiatief nemen en de verantwoordelijkheid op zich nemen om de kwaliteitsinformatie te ontwikkelen. Dat ben ik met de heer Rutte eens. Ik ben het er niet mee eens dat de eindeloze lijstjes nuttig zouden zijn. Dat is geen chargering van de realiteit: het blijkt dat zorgverleners tot wel 30% van hun tijd kwijt zijn aan bureaucratie die veroorzaakt wordt door zorgverzekeraars. Daarmee wil ik niets demagogisch zeggen; het is gewoon de realiteit. Daar moeten we iets aan doen. Wat ik probeer te zeggen en waar ik de heer Rutte hopelijk in meekrijg, is dat de goede voorbeelden op het gebied van kwaliteit niet voortkomen uit en niets te maken hebben met die eindeloze kwaliteitsuitvraag. De race to the top voor kwaliteit kunnen we heel goed bereiken zonder die eindeloze bureaucratie.

De heer **Rutte** (VVD): Als wij het met elkaar eens kunnen worden over uniforme datasets en over de vraag wat kwaliteit is – daar wordt nu hard aan gewerkt – zijn de vragenlijsten sowieso passé. Dat is heel goed. Die hebben we dan niet meer nodig. Dan kun je vanuit die uniformere kwaliteitsnormering uiteindelijk je inkoop doen. Ik kan mij best voorstellen dat de verzekeraars op sommige punten nog accenten willen leggen, maar dat is een ander verhaal. Ik ben er dus heel erg voor.
Ik verzet mij tegen het beeld dat verzekeraars iedereen overstelpen met lijstjes omdat dat allemaal zo leuk is. Die vragenlijstjes bestaan bij gebrek aan uniformering. Die is er nog niet. Daar moeten we aan werken. Dan zijn we ook van die vragenlijsten af.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Vertrouwen en minder regels in de zorg aan de ene kant en transparantie en inzicht in kwaliteit aan de andere kant; dat willen we in ons stelsel. Dat vergt veel van alle partijen. Aan de ene kant zijn er de zorgverzekeraars, die worden gezien als streng, ongenaakbaar, alleen uit op lage prijzen en alleen voor zichzelf bezig. Aan de andere kant zijn er de zorgaanbieders, die zich vaak aangetast voelen in hun professionaliteit, omdat zij moeten laten zien wat zij nou eigenlijk doen voor welke prijs. Aan de andere kant is er nog veel te weinig positie en kracht voor patiënten, cliënten en verzekerden. Dat is de huidige situatie. Ook D66 vindt dus dat ons zorgstelsel niet perfect is. We willen daarom het stelsel waar nodig verbeteren. Ook D66 wil echter niet van het stelsel af. De Nederlandse zorg scoort hoog in internationale lijstjes, maar wat zeggen die lijstjes ons als hier geconstateerd wordt dat de zorg uit balans is en overheerst? D66 vindt dat die balans weer terug moet komen. De transparantie in het stelsel moet beter. We verwachten veel van het jaar van de transparantie, maar hoe gaat het precies verlopen? Patiënten moeten weten waar zij aan toe zijn als zij kiezen voor een bepaalde polis: wat wordt vergoed door de zorgverzekeraar en wat niet, en waarvoor ben je eventueel een eigen bijdrage verschuldigd? Op dat vlak is nog een wereld te winnen. Niet per se één standaardpolis voor iedereen, maar wel betere en duidelijke informatie is van belang. Dat is een verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars, maar ook zorgaanbieders kunnen hierbij een rol spelen. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) heeft aangegeven dat wel te willen, bijvoorbeeld door op basis van een polis duidelijk vooraf aan de patiënt te communiceren of een behandeling wordt vergoed. Wil de Minister bekijken hoe de uitwisseling van polisin-

formatie tussen zorgverzekeraars en aanbieders kan worden verbeterd? Wat vindt zij van het idee van polissen met een looptijd van langer dan een jaar?
Het gaat steeds over kwaliteit. Om kwaliteit voorop te kunnen stellen, is het nodig dat we weten wat kwaliteit is. In de somatische zorg zijn op dat punt belangrijke stappen gezet en in de ggz worden kwaliteitsindicatoren uitgewerkt. Daarbij moet het gaan om indicatoren die de daadwerkelijk geleverde kwaliteit meten. Geavanceerd dus; we moeten niet alleen maar kijken naar volumes, bijvoorbeeld het aantal verrichte operaties in de somatische zorg. Structuur en procesindicatoren zijn er genoeg op dit moment. Zojuist was er al het interruptiedebatje tussen de heer Rutte en mevrouw Ellemeet hierover. Wij weten eigenlijk te weinig over de uitkomsten. Het Kwaliteitsinstituut heeft hierin een belangrijke rol. Hoe gaat de Minister de zorgverzekeraars ertoe aanzetten dat zij meer gaan inkopen op kwaliteit?
Ik had het eerder over evenwicht in het zorgstelsel. Macht en tegenmacht zijn al sinds haar oprichting voor D66 belangrijke onderwerpen. In het zorgstelsel zien we dat evenwicht moeilijk is, omdat er mededingingsrechtelijke beperkingen zijn. Huisartsen mogen zich niet organiseren om samen te onderhandelen met de zorgverzekeraars. Het is goed dat de Minister nu laat onderzoeken wat er in de toekomst op dat vlak mogelijk is. De ACM steekt een stokje voor het plan van de zorgverzekeraars om maar één centrum voor protonentherapie tegen kanker te bekostigen en in de regio moet de nadruk veel meer liggen op samenwerking dan op concurrentie. D66 hecht aan de regels voor mededinging, maar los van specifieke casuïstiek zien we dat het in ons zorgstelsel af en toe wringt. Ik vraag de Minister daarom om niet alleen naar de eerstelijn te kijken, maar ook een brede verkenning toe te zeggen betreffende de vraag waar de mededingingsregels knellen met andere uitgangspunten en waarden van het stelsel. Kunnen deze knelpunten worden opgelost en zo ja, hoe dan?
In 1985 zijn er afspraken gemaakt over de afbouw van goodwill van huisartsen. Vanaf 2002 is die goodwill afgeschaft. De huisartsen zijn daar destijds financieel voor gecompenseerd. We horen nu echter geruchten dat er toch weer goodwill wordt betaald bij de overname van huisartsenpraktijken. Wat vindt de Minister daarvan? Wat gaat zij daaraan doen? Wil zij in overleg met de zorgverzekeraars treden om het verbod op goodwill standaard op te nemen in de contracten die zorgverzekeraars afsluiten met huisartsen?
Nu het woord «contracten» is gevallen, wil ik even tussendoor melden dat ik ook heel graag wil weten van de Minister wat zij in het kader van de contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders vindt van de meerjarige contracten.

De **voorzitter**: Komt u tot een afronding?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ja, voorzitter, ik kom bij mijn laatste punt, de risicoverevening. We zeggen weleens dat die de backbone is van ons stelsel. Een goedwerkende systematiek is cruciaal. We zijn blij met het voornemen van de Minister om verzekeraars te compenseren voor groepen die veel zorg gebruiken. Elke keer worden kleine stapjes gezet, maar in de ggz werkt de systematiek nog niet voldoende en ook in de verpleging en verzorging, vanaf dit jaar de taak van de zorgverzekeraars, zitten we nog met een imperfect systeem. Is de Minister daarom bereid om te bekijken of volledige integratie van verpleging en verzorging in het risicovereveningssysteem van de somatische zorg per 2016 al wenselijk en haalbaar is?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Voorzitter. De kern van ons stelsel is solidariteit. De fractie van de ChristenUnie hecht daar zeer aan, nu maar ook in de toekomst. Een essentiële voorwaarde daarvoor is dat er een

goede balans bestaat tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en verzekerden. Ik ben heel blij dat de Minister aan de slag gaat met een wetsvoorstel om de positie en invloed van verzekerden te versterken. Wanneer komt dit wetsvoorstel naar de Kamer? Wat onze fractie betreft gebeurt dat liever voor de zomer dan erna.
Ik ben ook heel blij met de aangenomen motie van de SP en ChristenUnie die ertoe oproept om te bekijken of het mededingingsrecht in de eerste lijn niet buiten werking kan worden gesteld. We zien namelijk dat de eerste lijn, in het bijzonder de huisartsen, geen stevige positie heeft.
Ik pak het punt van de risicoverevening hier even bij. De groep van chronisch zieken en gehandicapten is heel kwetsbaar. De grote vraag is natuurlijk of de verzekeraars zich straks echt gaan richten op deze grote groep. De Minister komt met voorstellen. We gaan daar nog over spreken; het is allemaal heel technisch. Wij zullen dit onderwerp echter zeer kritisch volgen.
De nieuwe Europese solvabiliteitseisen leiden toch tot risicoselectie, als ik de voorstellen goed heb bekeken. Zorgverzekeraars die erin slagen om grote groepen chronisch zieken en gehandicapten aan zich te binden, iets wat we natuurlijk allemaal willen, moeten grotere reserves aanhouden. De Minister zegt dat dat niet tot problemen leidt. Mijn fractie ziet die problemen echter wel. Ik wil graag een toelichting van de Minister op haar standpunt in dezen.
De Minister zegt dat oversolvabiliteit geen enkel probleem is. Mijn fractie heeft al in een eerder debat aangegeven dat we begrijpen dat zorgverzekeraars reserves moeten aanhouden. De maatschappelijke discussie over oversolvabiliteit speelt echter heel prominent. De Minister schrijft in haar brief dat zij oversolvabiliteit goed vindt, want daarmee kunnen tegenvallers worden opgevangen zonder dat de premies direct moeten worden verhoogd. Kan de Minister zich echter voorstellen dat oversolvabiliteit maatschappelijk gezien wel een probleem is?
Ik heb het rapport van de NZa over vergelijkingssites bekeken. Daarin staat letterlijk dat mensen door vergelijkingssites op het verkeerde been worden gezet. Mijn fractie vindt dat echt heel zorgelijk. We willen niet alleen graag dat de Minister bekijkt hoe mensen kunnen worden ondersteund in het vinden van de juiste polis, maar ook dat mensen echt onafhankelijke, objectieve informatie krijgen. Volgens mij kan dat alleen door het lanceren van een website waar de overheid bij betrokken is. Ik zeg niet dat de overheid die website zelf moet maken, maar de overheid kan wel de objectiviteit van de informatie garanderen.
Wij hebben een brief van Per Saldo ontvangen over het pgb en de Zorgverzekeringswet. Ik vind het zorgelijk dat in sommige gevallen tarieven te laag zijn voor de budgethouders om hun huidige pgb-zorgverleners te blijven inhuren. Het gaat met name om zorgverleners die niet tot het sociale netwerk van de budgethouders behoren en die toch maar € 20 per uur vergoed krijgen. Hoe kan dat? Ik heb ook gelezen dat er een budgetkorting wordt gehanteerd voor intensieve kindzorg. Volgens mij gaat dat in tegen de afspraken. Ik heb verder gezien dat de combinatie van pgb en zorg in natura wordt uitgesloten, terwijl er een toezegging ligt dat dit wel mogelijk moet zijn. Wil de Minister zich daarvoor inzetten?
Mijn volgende punt betreft de intensieve kindzorg. Ik ben vorige week op werkbezoek geweest bij ’s Heeren Loo. Daar werd gesignaleerd dat kinderen die zwaar gehandicapt zijn maar wel prima naar school kunnen, niet de juiste begeleiding krijgen. Juist vandaag hebben we ook een brief ontvangen van patiëntenorganisaties waarin zij schetsen dat dit niet alleen bij ’s Heeren Loo aan de orde is, maar dat het een breed probleem is in het hele land. Zorgverzekeraars bekostigen de verpleging en de verzorging, maar daarbij hoort ook begeleiding en kortdurend verblijf en dat is een probleem. Hoe wil de Minister deze problemen oplossen?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Mevrouw Dik-Faber heeft een heel terecht punt over de zorgen die Per Saldo heeft geuit over de intensieve kindzorg thuis. Het is allemaal ongetwijfeld erg onbedoeld, maar het effect is dat zorgverleners weglopen omdat de regels veel te streng zijn. Ik kan niet oordelen over terechte eisen of niet, maar is de ChristenUnie het met mij eens dat het zeer ongewenst is dat de mensen die de zorg ontvangen en de zorgverzekeraar blijkbaar zo ver uit elkaar liggen dat middels Kamerbrief bekeken moet worden hoe je toch alsjeblieft die intensieve kindzorg thuis kunt krijgen? Is het niet de bedoeling van de nieuwe houding van de zorgverzekeraar dat men met elkaar in gesprek gaat, om te zorgen dat die ouders en kinderen geholpen worden?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ja. Eens.

De **voorzitter**: Mevrouw Bouwmeester, uw tweede vraag.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Die heb ik niet.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik kom te spreken over de polissen. Ziekenhuizen krijgen steeds vaker patiënten van wie de polis de benodigde behandeling niet blijkt te dekken. Ziekenhuizen willen patiënten wel heel graag informeren over de dekking van hun polis, maat ik heb begrepen dat zij deze mogelijkheid niet hebben. Waardoor komt dat? De ChristenUnie zou het een goed idee vinden als de zorgverlener daar alert op is, maar kennelijk lukt dat niet goed. Kan de Minister de ziekenhuizen hierin ondersteunen?
Een ander punt dat wij heel belangrijk vinden is zorg dichtbij. We komen nog te spreken met de Minister over de positie van de streekziekenhuizen. Er komt nog een notitie van de Minister naar de Kamer. Op dit moment wil ik echter alvast de mededingingsregels aan de orde stellen. Ik zie in het veld dat de mededingingsregels zodanig zijn dat samenwerking gewoon niet mogelijk is. Dit leidt ertoe dat ziekenhuizen gaan fuseren en dat de zorg dus verder af komt te staan van de patiënt. Volgens mij is dat precies niet de bedoeling. Ik heb natuurlijk de brief gelezen van de Minister over de notitie «Kwaliteit loont»; we gaan daar nog uitgebreid met elkaar over spreken. Ik vind het echter heel opmerkelijk dat als we met elkaar vaststellen dat mededingingsregels leiden tot fusies, er toch heel veel toezichttaken naar de ACM gaan. We komen er nog over te spreken, maar ik wil dit statement alvast maken.

De vergadering wordt van 11.21 uur tot 11.37 uur geschorst.

De **voorzitter**: Ik zie dat nog niet alle leden terug zijn in de zaal, maar dat zal vanzelf wel gebeuren. Ik geef graag de Minister van VWS het woord voor haar beantwoording in eerste termijn.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ik wil allereerst mevrouw Ellemeet complimenteren met haar initiatiefnota. Ik weet dat zoiets ontzettend veel werk is. Zeker in een kleine fractie waar toch al een beroep op u wordt gedaan om heel veel debatten bij te wonen, vind ik het een enorme prestatie om zo'n initiatiefnota te maken. Ik heb de nota helaas nog niet kunnen lezen, want we konden die eerst niet vinden. Ik krijg hem nu ter plekke aangeboden, voorzitter. Dat is een hele eer. Dank u wel. Ik zal hem goed bestuderen, dat zeg ik u toe. Met u heb ik een bijzondere interesse, van nature, los van onze baan, in dit systeem. Ik vind het ontzettend goed als daar extra over wordt nagedacht. Hartelijk dank.
Met velen hier in de Kamer vind ik balans in het zorgsysteem cruciaal om alle belangen goed tot uitdrukking te krijgen. «Kwaliteit loont» is dan ook een notitie die helemaal inzet op die balans. Waar wij denken dat die balans beter kan of anders moet, worden daadwerkelijk maatregelen

genomen. Daar komt nog bij dat met name de positie van de patiënt versterkt wordt. Dat is overigens geen nieuw traject; wij hebben dit in voorgaande wetsvoorstellen ook gedaan. Een heel belangrijke wet in dit kader, de Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz) ligt nog in de Eerste Kamer. Helaas duurt dat heel lang. Deze wet is ontzettend belangrijk voor het versterken van de positie van de patiënt.
Kwaliteit is waar het om draait in de zorg. We vinden het allemaal belangrijk dat we de zorg kunnen blijven betalen. Dat is echter een voorwaarde; het draait erom dat je, als je ziek bent, gewoon een goede behandeling krijgt. Om te weten of je een goede behandeling krijgt, moet je echter wel weten wat er aan behandelingen is. In de eerste plaats moet je daarvoor een goed gesprek hebben met je zorgverlener en in de tweede plaats moet je weten wat er waar te vinden is en van welke kwaliteit dat is. Dan kom je dus al heel snel op het punt van inzicht in kwaliteit. Wij vinden dat patiënten dat inzicht veel beter moeten kunnen krijgen. Daarom is ook de transparantiebrief gisteren naar de Kamer gestuurd, zoals ik al eerder had besproken met de Kamer. Daarin willen we de positie van de patiënt ten aanzien van kwaliteit versterken.
Die kwaliteit is heel lang vastgesteld in richtlijnen door de wetenschappelijke verenigingen van artsen. Wij hebben gezegd dat dat anders moet. De patiënt heeft ervaringen in de zorg. De patiënt heeft een zorgbeleving. De stem van de patiënt in de afweging wat goede kwaliteit is, is dus ontzettend belangrijk.
Het is ook belangrijk dat doelmatigheid een plek kan vinden in richtlijnen en protocollen. Dat is de reden dat we met elkaar in wetgeving hebben vastgelegd hoe we dat gaan vormgeven bij het Kwaliteitsinstituut. Dat is nog geen jaar geleden aan de slag gegaan. Juist de omslag van wetenschappelijke verenigingen die alleen bepalen wat kwaliteit is naar een gezamenlijk bepalen, is ontzettend belangrijk voor de kwaliteit.
Als je de kwaliteit gedefinieerd hebt, is de vervolgvraag of verzekeraars nog eigen normen zullen stellen bij de inkoop. Dat hoeft dan immers niet meer. Daarom is met de verzekeraars afgesproken dat de lijstjes weg kunnen wanneer de kwaliteitsnormen ingeschreven zijn bij het Kwaliteitsinstituut en worden gedeeld. De bureaucratie die een zorgverzekeraar tegenkomt bij de inkoop van de zorg kan dan verdwijnen, omdat er een gedeelde norm over kwaliteit is. Met die norm kan de zorgverzekeraar dan zorg inkopen.
Een systeem is nooit af. Je moet altijd alert zijn op manieren waarop het beter kan. Met alle maatregelen die ik neem, zijn we er niet. We zullen het doorlopend moeten blijven doen.

De **voorzitter**: Mevrouw Leijten wil interrumperen. Twee interrupties per fractie.

Mevrouw **Leijten** (SP): De Minister en ik denken heel anders over het zorgstelsel, maar een van de dingen waarover we volgens mij allebei gelijke irritatie hebben gevoeld, betreft de verschillende lijstjes van de afgelopen tijd. Daardoor zag de patiënt door de bomen het bos niet meer en wist niet wat de ene zorgverzekeraar hanteerde en wat de andere. Dit leverde discussie over de kwaliteit op. Dit was een van de redenen om het Kwaliteitsinstituut (Zorginstituut Nederland) op te zetten. Maar als er straks een richtlijn ligt die is vastgesteld door het Kwaliteitsinstituut, welke garantie hebben we dan dat de zorgverzekeraar enkel en alleen gaat inkopen op die kwaliteitseisen?

Minister **Schippers**: Ik heb daarover natuurlijk gesproken met zorgverzekeraars. Ik ben het eens met mevrouw Leijten dat je soms door de bomen het bos niet meer ziet. Ik heb zelf ook weleens bij heel ernstige aandoeningen moeten zoeken naar wat de kwaliteit in het ziekenhuis was. Dan waren er ook nog andere normen, van patiëntenverenigingen, die weer

niet aansloten bij de norm van de verzekeraar en bij wat artsen en anderen erover zeiden. Die drie-eenheid is dus heel belangrijk. Verzekeraars moeten nu iets. Als er niets is vastgelegd, gaan ze het natuurlijk zelf verzinnen. Ze hebben gezegd dat als er een gedeelde norm is, zij niet meer zelf iets hoeven doen; dan kopen ze daarop in.

Mevrouw **Leijten** (SP): Volgens mij is dit echt iets wat politiek breed gewild wordt, hoe je ook kijkt naar het zorgstelsel. Wij hebben een technische briefing gehad waar we deze vraag ook behandeld hebben: welke garantie hebben we dat die vastgelegde norm het ook echt zal zijn? In het verleden is immers door zorgverzekeraars soms gezegd: er zijn misschien wel minimumnormen, maar wij willen ons juist van andere verzekeraars onderscheiden door meer kwaliteit en hogere normen, om op die manier verzekerden te trekken. Dat was toen een heel legitieme reden. Welke garantie hebben we nu dat dit in de toekomst niet meer gebeurt? Het kan immers nog steeds gebeuren dat er weliswaar een door de drie-eenheid vastgestelde richtlijn is, maar een zorgverzekeraar nog steeds extra eisen stelt om zo verzekerden over te halen voor hem te kiezen. Welke garantie heeft de Minister dat die richtlijnen ook echt de huidige lijstjes zullen vervangen?

Minister **Schippers**: Ik heb daarover afspraken gemaakt. Ik heb de verzekeraars gevraagd of zij de registraties bij het Kwaliteitsinstituut als norm voor kwaliteit kunnen nemen. Ze hebben gezegd dat zij dat gaan doen. We zullen moeten zien of dat ook daadwerkelijk gebeurt. Ik zie niet in waarom zij dat niet zouden doen. Er zijn zorgverzekeraars geweest die zeiden op bepaalde onderdelen van de zorg helemaal geen houvast te hebben. Dan vind ik het eigenlijk nog een verdienste van die zorgverzekeraar dat die toch nog een kwaliteitsindicator probeert vast te stellen en zelf kijkt of een aanbieder daaraan voldoet. Als zorgverzekeraars niets hebben om op te kunnen varen, vind ik het belangrijk dat zij iets maken waar zij op kunnen varen. Maar het is beter als je uiteindelijk een gedeelde norm hebt. Hoe sneller dat gaat, hoe sneller de lijstjes de deur uit kunnen.
Voorzitter. Kwaliteit staat centraal in «Kwaliteit loont». Ik ben ervan overtuigd dat als we in de zorg massaal en breed alleen inzetten op wat goede kwaliteit is, wij daar niet alleen een veel betere zorg van krijgen, en dus voor patiënten veel narigheid voorkomen, maar ook op veel gebieden, ook financieel, beter mee af zijn. Ik zeg expliciet niet «alle gebieden», want ik wil wel enige nuancering aanbrengen. Er zijn natuurlijk altijd heel dure nieuwe technologieën of nieuwe medicijnen die nou eenmaal veel geld kosten. Maar als je iets in één keer goed doet of als je voor het goede kiest, is de uitkomst beter en valt daar vaak financiële winst te behalen, zodat we minder premie of minder extra premie hoeven te betalen.
Het Kwaliteitsinstituut speelt daar een heel belangrijke rol in. Het is de kern van ons systeem dat er afspraken worden gemaakt. Als ik als consument ergens een dienst wil halen, kan ik in de Consumentengids allerlei aanbieders vergelijken en bekijken of ik extra geld over heb voor een extra dienst. In de zorg ligt dat anders, want ik weet niet wat ik volgend jaar voor aandoening heb. Als je een polis kiest, weet je niet wat je te wachten staat op zorggebied. Daarom is het de zorgverzekeraar die die afspraken met de zorgaanbieders maakt. We hebben een verzekeringssysteem. Die afspraken zijn cruciaal. Als we geen afspraken meer maken en verzekeraars dus geen contracten meer kunnen sluiten, kunnen zij ook geen afspraken maken over kwaliteit en prijs. Als patiënten niet meer kiezen voor gecontracteerde zorg, omdat zij denken beter af te zijn met een restitutiepolis, wordt een belangrijke methodiek uit ons systeem niet benut. Die methodiek is dat er afspraken worden gemaakt tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over de geleverde zorg. Vanuit de

agenda «Kwaliteit loont» kijken we goed hoe we het maken van afspraken aantrekkelijker kunnen maken voor alle partijen in de zorg.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik ben blij dat de Minister het woord «restitutiepolis» in de mond neemt als een polis waarin volledige keuzevrijheid is en die een belangrijke meerwaarde heeft voor de patiënt. Ik heb inmiddels geluiden gehoord dat de geheime agenda achter «Kwaliteit loont» is dat de restitutiepolissen uiteindelijk uit het systeem verdwijnen. Klopt dit?

Minister **Schippers**: Nee. Als dat zo zou zijn, zou ik hem afschaffen, want zo ver zitten we er dan wel in. Ik heb ook niet gezegd dat de restitutiepolis beter is. Ik heb gezegd dat als de naturapolis niet beter is, het systeem mank gaat. Als u van mening bent dat de restitutiepolis de beste polis is die een patiënt kan kiezen, moet u eigenlijk kiezen voor een ander systeem. Welke verbetering ten aanzien van prijs en kwaliteit zit er dan immers nog in een systeem? Ik heb zelf helemaal niets tegen een restitutiepolis. Als zorgverzekeraars het niet goed doen, zullen steeds meer mensen kiezen voor een restitutiepolis. Dat is dan een duidelijk teken dat zorgverzekeraars het niet goed doen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Van belang is dat een verzekerde de keuze heeft om een polis te kiezen die bij hem past. Dat moet een beetje inzichtelijk zijn. Daarom maken mevrouw Bouwmeester en ik ons zo druk over die vergelijkingssites. Soms is een restitutiepolis nodig omdat mensen identiteitsgebonden zorg willen hebben. Nogmaals, de Minister zegt nu heel duidelijk: nee, het is niet zo dat de zorgverzekeraars eigenlijk op weg zijn naar een toekomst met alleen maar een naturapolisstelsel.

Minister **Schippers**: Ik vind dit een beetje een verwarrende vraag. Er zijn zorgverzekeraars die alleen maar restitutiepolissen hebben. De goedkoopste restitutiepolis voor dit jaar kost € 90 per maand, dus € 1.080 per jaar. De zorgtoeslag op het minimumniveau bedraagt € 950. Dat betekent dat je ongeveer € 10 per maand uitgeeft voor een restitutiepolis. Dan kan iedereen naar welke zorg hij ook wil. En ja, er zijn naturapolissen die duurder zijn. Het beeld dat mevrouw Bruins Slot schetst, dat de restitutiepolis dé goede polis is, dat die het duurste is en dat de naturapolis een slechtere polis is, die je dwing te kiezen voor een beperking van de zorg maar die wel goedkoper is, is echt onjuist. Dat beeld is niet gebaseerd op feiten maar meer een gevoel.

Mevrouw **Klever** (PVV): Ik begrijp de zorgen van het CDA wel. Ik wil iets meer duidelijkheid van de Minister. Twee en een half jaar geleden stond in het regeerakkoord dat de restitutiepolis zou worden afgeschaft. Dat plan is vervolgens verdwenen, met de plannen van de Minister om de vrije artsenkeuze af te schaffen. Nu de plannen om de vrije artsenkeuze af te schaffen weer veranderd worden, komt natuurlijk de vraag op, en de zorg naar boven, of de restitutiepolis met maximale keuzevrijheid voor de patiënt gegarandeerd blijft bestaan. Kan de Minister daarover duidelijkheid geven?

Minister **Schippers**: Ik zal nooit de vrije artsenkeuze volledig afschaffen en ben dat nooit van plan geweest. Dat is een wereldbeeld dat ik helemaal niet herken. Ik ben dat nooit van plan geweest en ik zal dat ook nooit voorstellen. Er zijn geen plannen om de restitutiepolis af te schaffen. We kunnen het regeerakkoord oplezen, maar er zijn wel meer dingen in het regeerakkoord die geen doorgang hebben gevonden. Wat ik aan het doen ben, is samen met de sector – en daarmee bedoel ik de aanbieders én de patiënten – hoofdlijnakkoorden afspreken. In die hoofdlijnakkoorden maken we met elkaar afspraken over de manier waarop we de zorg

betaalbaar maar vooral ook van betere kwaliteit kunnen houden. In die hoofdlijnakkoorden is al vrij snel afgesproken dat het onderdeel van het regeerakkoord waaraan mevrouw Klever refereert, niet zou worden uitgevoerd. Ik heb al vaker gezegd dat de patiënt voordeel moet hebben bij het kiezen voor een naturapolis, namelijk dat er een voorselectie is gemaakt door zijn zorgverzekeraar. Daar kun je voor kiezen; dat kun je graag doen. Als je daar geen vertrouwen in hebt, kies je voor een restitutiepolis.

Mevrouw **Klever** (PVV): Dat is toch niet helemaal een antwoord op mijn vraag. Ik vroeg de Minister of zij kan garanderen dat de restitutiepolis blijft bestaan. Ik heb namelijk een beetje het gevoel dat de plannen waar de Minister mee bezig is, er langzaam toe leiden dat mensen gedirigeerd worden naar de naturapolis en dat de restitutiepolis langzaamaan gaat verdwijnen. Kan de Minister garanderen dat die restitutiepolis in ieder geval blijft bestaan? Behouden mensen die dat willen hun maximale keuzevrijheid?

Minister **Schippers**: Ik ben mevrouw Klever een beetje kwijt, want wat is er onduidelijk aan «ja, die blijft bestaan»? Ja, hij blijft bestaan. Ga ik hem afschaffen? Nee, ik ga hem niet afschaffen. Ga ik dat ooit doen, ergens in mijn leven? Nee, dat ga ik niet doen.

Mevrouw **Klever** (PVV): Dat is een heel helder antwoord. Dank u wel.

Minister **Schippers**: Ik ga weliswaar de restitutiepolis niet afschaffen – helemaal niet, mensen mogen daarvoor kiezen zo veel als zij willen – maar dat neemt niet weg dat de naturapolis geen mindere polis is. Dat wil ik wel gezegd hebben. Als het een mindere polis was, zou ik er ook zelf nooit voor kiezen. In mijn ogen is de naturapolis geen mindere polis en ik hoop dus ook van harte dat verzekeraars er vooral mee doorgaan, zodat ik ervoor kan blijven kiezen dat mijn verzekeraar een voorselectie maakt, goede ketenzorg inkoopt, een goede regisseur is voor de zorg die in de buurt steeds toeneemt, zodat ik mijn weg daarin kan vinden en er mij een mooi zorgaanbod wordt gedaan waar ik baat bij heb als patiënt.
Voorzitter. Ik heb prestatieafspraken gemaakt met het Kwaliteitsinstituut. In de brief die ik gisteren heb gestuurd staan de afspraken over wat het komend jaar wordt opgeleverd. Ik heb geprobeerd om dat voor de Kamer inzichtelijk te maken in een extra bijlage, zodat de leden echt kunnen zien wat er nieuw wordt opgeleverd, waar we al mee bezig waren en wat er voor en wat na de zomer van 2016 wordt opgeleverd. Zo hebben we een beetje een road-map. Het is niet vrijblijvend. Er wordt extra geld ter beschikking gesteld om een impuls te geven aan de kwaliteit, want ik ben het eens met mevrouw Ellemeet en anderen dat we daar echt wel een tandje bij moeten zetten, of zeg maar gerust «een tand». Daarom heb ik gezegd dat ik het het komend jaar doe, maar ik wil die ambitie de komende jaren hooghouden en sluit niet uit dat ik volgend jaar mijn ambitie ook nog hoog heb. Ik wil daar een inhaalslag maken, ook al omdat ik vind dat we van de bureaucratie af moeten en dat het veel beter is als we met elkaar kwaliteit vaststellen via het systeem dat nu is ingezet bij het Kwaliteitsinstituut.
Hoe ga ik de patiënt inspraak geven in de kwaliteitsnormen? Verzekeraars en patiënten hebben een taak gekregen bij het vaststellen van de kwaliteitsnormen bij het Kwaliteitsinstituut. Die moeten dus tripartiet worden aangeboden.
Dan kom ik te spreken over de invloed van de verzekerde. Ik heb al gezegd dat die wordt versterkt en vastgelegd. Oorspronkelijk was ik van plan om dat via een AMvB te regelen. De heer Slob heeft mij in het debat dat daarover ging, gevraagd om het wettelijk vast te leggen. Ik heb hem gezegd dat ik dat kan doen, maar dat dat wel iets langer duurt. Een AMvB

gaat sneller dan een wet; een wetsvoorstel moet via de Raad van State en de ministerraad; het moet een heel traject doorlopen. Mij is in dat debat duidelijk gemaakt door de ChristenUnie dat men desondanks toch liever een wetsvoorstel had. Dat wetsvoorstel verwacht ik in de tweede helft van 2015 aan de Tweede Kamer te kunnen aanbieden.
Zowel de woordvoerder van de ChristenUnie als die van D66 vroeg hoe we ervoor kunnen zorgen dat als je naar een ziekenhuis gaat, men daar kan zeggen: let op, want hiervoor bent u niet verzekerd. Zorgverzekeraars Nederland ontwikkelt op dit moment een portal voor zorgaanbieders waarmee deze kunnen nagaan wat voor polis de patiënt heeft. Eind dit jaar is die beschikbaar. Dat zal een enorm verschil kunnen maken, want dat betekent dat een ziekenhuis veel sneller inzicht heeft.
Ik kom te spreken over de toegankelijkheid en het eigen risico. Hoe ga ik uitleggen dat het nut van het eigen risico niet is aangetoond? Het ligt eraan welk nut je wilt toedichten aan het eigen risico. Zie je het eigen risico als een rem op het gebruik van niet-noodzakelijke zorg, dan werkt een eigen risico altijd beperkt, want zodra het vol is, werkt het niet meer. Als je voor losse eigen bijdrages kiest, en de patiënt iedere keer als hij naar een aanbieder gaat een rekening krijgt, zul je wat dat betreft een ander effect hebben. Daar is echter niet voor gekozen. Er is gekozen voor een eigen risico dat je, als een eerste drempel, moet volmaken. Dat eigen risico heeft daarnaast een heel belangrijke functie in het kader van het hooghouden van de solidariteit bij personen die helemaal geen gebruikmaken van de gezondheidszorg, maar wel premie – en in de zorg is die hoog – moeten betalen. De zorgkosten worden dus voor € 375 zelf betaald en daarboven wordt die rekening door de gehele gemeenschap gezamenlijk opgepakt. Lage inkomens en middeninkomens worden gedeeltelijk gecompenseerd via de zorgtoeslag. De meeste zorgverzekeraars bieden mensen ook de mogelijkheid van een eigen betaling aan.
Ik heb geen plannen om het eigen risico af te bouwen. Ik vind dat het eigen risico een goed evenwicht brengt tussen mensen die gebruikmaken van de zorg en die dus € 375 meer betalen en mensen die helemaal nooit gebruikmaken van de zorg en die dus alleen premie betalen. Wel heb ik al enkele malen aan de Kamer toegezegd – dit is ook in enkele debatten ter sprake geweest – dat er een onderzoek gaande is naar zorgmijding. Dat onderzoek wacht ik af.

De **voorzitter**: Wanneer denkt u dat dit onderzoek gereed zal zijn?

Minister **Schippers**: Zomer 2015, maar dat heb ik al een aantal keer gewisseld met de Kamer. Dit betreft een apart onderzoek, naar de relatie tussen eigen risico en zorgmijding. Ik heb toegezegd om dat onderzoek gezamenlijk te doen met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). Wij zijn daarmee bezig.
In de brief «Kwaliteit loont» heb ik nog een ander voorstel gedaan. Via de Zorgverzekeringswet is het al mogelijk voor zorgverzekeraars om het eigen risico te verlagen. Zorgverzekeraars doen dat al, met name bij medische programma's en preventieprogramma's: doet u mee aan een programma, dan valt dat programma niet onder uw eigen risico. Die varianten bestaan. Ik zou graag willen dat er meer varianten komen. Dat is echter alleen mogelijk als het voor zorgverzekeraars daadwerkelijk aantrekkelijk is om ook chronisch zieken als verzekerden te hebben. Immers, de mensen die voor een bepaalde behandeling geen eigen risico hoeven te betalen of een deel daarvan, zullen de mensen zijn die verwachten dat eigen risico toch wel vol te maken. Als je verwacht je eigen risico niet vol te maken, ben je eerder geneigd om het vrijwillige eigen risico op te hogen dan dat je geneigd bent om te kiezen voor een polis waarbij de premie misschien gelijk is aan een andere polis, maar het voordeel in een verlaagd eigen risico zit.

Dit systeem kan alleen werken als we bij de risicoverevening echt grotere stappen zetten dan we tot nu toe hebben gedaan. Ik heb dan ook een intensief onderzoeksprogramma opgezet om de risicoverevening daadwerkelijk fors aan te passen. Dat traject loopt. Nu is het voornamelijk gericht op medische programma's en preventieprogramma's. Ik kan mij voorstellen dat als we het steeds aantrekkelijker maken, er ook andere voordelen komen voor mensen, die dan daarvoor kiezen zodat het buiten hun eigen risico valt.

Mevrouw **Klever** (PVV): Er zijn natuurlijk honderdduizenden mensen in betalingsproblemen gekomen omdat ze het hoge eigen risico niet kunnen betalen. Als je dat legt naast de conclusie van KPMG over de relatie tussen het hoge eigen risico en zorggebruik, namelijk dat de doelstelling van het eigen risico niet kan worden aangetoond, hoe gaat de Minister dat dan uitleggen aan deze mensen? Wat gaat de Minister voor deze mensen doen?

Minister **Schippers**: Er zijn hierbij een aantal zaken van belang. In de eerste plaats wordt iedereen die een minimuminkomen heeft, gecompenseerd via de zorgtoeslag, gedeeltelijk ook voor het eigen risico. In de tweede plaats zijn er bij verzekeraars mogelijkheden om het eigen risico gespreid te betalen. In de derde plaats zijn er allerlei collectiviteiten, vooral ook ingezet door gemeenten, die voorkomen dat mensen wanbetaler worden en die soms zelfs compensatie bieden voor een deel van het eigen risico. In ieder geval wordt via die collectiviteit voorkomen dat mensen die een bescheiden inkomen hebben in betalingsproblemen komen. Er zijn dus allerlei initiatieven om betalingsproblemen zo veel mogelijk te voorkomen. Uiteindelijk komt het erop neer dat we met elkaar een systeem hebben gebouwd waarin mensen die weinig geld hebben, worden gecompenseerd voor een gedeelte van de premie en voor een gedeelte van het eigen risico. Wij hebben dat op zo'n manier gedaan dat ook als je kiest voor een restitutiepolis, je uiteindelijk iets meer dan € 10 per maand aan premie kwijt bent. Ik vind dat een behoorlijk solidair systeem.

Mevrouw **Klever** (PVV): Ja, maar desondanks zijn er honderdduizenden mensen die hun eigen risico niet kunnen betalen. De Minister heeft het over collectiviteiten van gemeenten. Dat betreft echter slechts enkele grote gemeenten; het merendeel van de gemeenten heeft die collectiviteiten helemaal niet. Voor de mensen in die gemeenten wordt er niets gedaan. Ik vraag de Minister dan ook nadrukkelijk wat zij nog meer kan betekenen voor de mensen die niet daarvoor in aanmerking komen en die hun eigen risico echt niet kunnen betalen.

Minister **Schippers**: Wij hebben het zo geregeld dat we mensen die op basis van hun inkomen hun premie dan wel eigen risico moeilijk kunnen betalen, compenseren met een zorgtoeslag. Dat zorgt ervoor dat heel veel mensen die hetzelfde inkomen hebben, het eigen risico wél kunnen betalen. Ik zie heel goed dat de schuldenproblematiek behoorlijk is opgelopen, ook als gevolg van de crisis, dat mensen schulden hebben en soms hun zorgpremie moeilijk kunnen betalen. Maar dat geldt dan evenzeer voor de huur of voor andere zaken. We moeten met elkaar bekijken hoe we deze mensen kunnen helpen om uit de schulden te komen, maar in principe zijn de kosten en de toeslagen zo met elkaar in verhouding dat iedereen in Nederland zijn zorgpremie zou moeten kunnen betalen.
Voorzitter. Er is gevraagd of ik de budgetpolis al heb ingeruild en of afschaffen niet beter zou zijn. Er is een beetje mist ontstaan rondom de vraag wat een budgetpolis precies is. In de volksmond is het de polis geworden waarbij je een sterk selectieve contractering hebt en daarbuiten

geen vergoeding krijgt. Die polis zal er niet zijn, omdat de aanpassing van artikel 13 op dat onderwerp niet is doorgegaan. Maar als we kijken naar de vijf budgetpolissen in Nederland die die scherpe contractering al hebben, die dus onder de noemer «budgetpolis» zouden kunnen vallen, moeten we constateren dat drie van die budgetpolissen eigenlijk heel breed hebben gecontracteerd. Dan kun je je al afvragen of die wel voldoen aan het criterium voor een budgetpolis. Eigenlijk niet dus, want de contractering is veel breder dan je van een budgetpolis zou verwachten. Daarnaast zijn er twee polissen – Basis Budget van Zilveren Kruis Achmea en ZEKUR van Univé – die echt een minder brede contractering hebben. Is dat nieuw? Nee, die polissen bestonden ook al vorig jaar en het jaar daarvoor. Dan zou je dus kunnen zeggen dat als de verzekerde behoefte heeft om buiten die polis alsnog elders zorg te krijgen, de regels zoals die vorig jaar golden, ook voor het komend jaar gelden.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb in eerste termijn een vraag gesteld over de budgetpolissen, namelijk of heel veel mensen daar niet in gerommeld zijn, bijvoorbeeld via hun collectiviteit. Iemand is al jarenlang via een collectiviteit verzekerd, krijgt een nieuwe polis thuisgestuurd, van de vertrouwde zorgverzekeraar bij wie hij al jaren aangesloten is en denkt «het zal wel goed zijn», zonder er goed naar te kijken. Als hij dan naar het ziekenhuis moet, komt hij er opeens achter dat dat ziekenhuis niet gecontracteerd is en dat hij met een budgetpolis zit. Ik heb meerdere van dit soort meldingen gehad. Ik heb de Minister gevraagd of zij wil onderzoeken hoe die omzetting naar een budgetpolis heeft plaatsgevonden. Is dat altijd gebeurd op basis van initiatief van de verzekerde of is dat ook gebeurd op initiatief van de verzekeraar?

Minister **Schippers**: Mijn vorige antwoord was een antwoord op mevrouw Klever. Ik kom nu bij de vragen van mevrouw Leijten. Zij wil weten of ik kan ik uitzoeken of mensen met een budgetpolis de keuze voor die polis bewust hebben gemaakt. Het is altijd moeilijk om na te gaan of mensen een keuze voor een restitutiepolis, een naturapolis of een collectiviteit bewust hebben gemaakt. Wel moeten verzekeraars hun verzekerden goed informeren welke polis zij afsluiten. Daar zijn allerlei wettelijke verplichtingen voor. De polis moet ook naar de verzekerde toe, zodat die kan zien wat er in de polis zit en wat niet. Voorafgaand aan de keuze van de verzekerde moet de verzekeraar dat doen via de site. De NZa houdt er toezicht op of de verzekeraar zijn verzekerde voldoende goed informeert over wat er wel of niet in zijn polis zit. Het hangt ervan af welke collectiviteit je hebt. Bij werkgeverscollectiviteiten is vaak inspraak van werknemers binnen het bedrijf over wat er wel en niet in de collectiviteit moet worden afgesloten. Ik kom straks nog terug op de collectiviteiten. Er zijn heel veel verschillende collectiviteiten en iedere verzekerde moet altijd zelf goed nakijken voor welke polis hij tekent, waar hij voor kiest en wat er wel en niet in zijn polis zit.

De **voorzitter**: Mevrouw Leijten, in tweede instantie.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik vind het een beetje flauw dat dit mijn vraag in tweede instantie is, want ik vroeg aan de Minister of zij kan nagaan in hoeverre verzekerden zelf hebben gekozen voor een polis. Of is aan hen een polis voorgelegd? Heel veel mensen krijgen post van hun vertrouwde verzekeraar, waar zij wellicht al hun hele leven bij zitten. Zij denken dan: het zal wel goed zijn, want vorig jaar was het ook goed. Wat wordt aangeboden, is echt een andere polis dan zij hadden. Ik wil graag weten of dat heeft plaatsgevonden en zo ja, hoe vaak dat heeft plaatsgevonden. Mijn vraag was of de Minister dat wil onderzoeken.

Minister **Schippers**: Nee, want als een verzekeraar iets in de polis verandert, moet die polis met de verandering worden aangeboden aan de verzekerde. Het is niet zo dat dit ongemerkt kan gaan. Er is een moment waarop de verzekerde daadwerkelijk wordt geïnformeerd over de inhoud van zijn polis. Ik kan mensen niet dwingen om dingen te lezen. Je moet echter ieder jaar bezien wat er in je polis zit en wat niet en hebt daarvoor natuurlijk zelf een verantwoordelijkheid als verzekerde.

Mevrouw **Leijten** (SP): Als ik nog even mag...

De **voorzitter**: Heel kort, mevrouw Leijten, want Interrupties gaan hier gewoon in tweeën. Dat hebben wij met elkaar afgesproken.

Mevrouw **Leijten** (SP): In eerste instantie gaf de Minister geen antwoord op mijn vraag.

De **voorzitter**: U was niet tevreden met het antwoord, maar goed, heel kort.

Mevrouw **Leijten** (SP): Er is een groot verschil tussen de situatie dat mensen op zoek gaan naar een polis op internet, bekijken welke risico's zij lopen en dan een polis afsluiten, of dat zij een polis thuisgestuurd krijgen van hun vertrouwde verzekeraar en denken: ik was vorig jaar goed verzekerd, dus dat zal nu ook wel het geval zijn.

De **voorzitter**: Wat is uw vraag?

Mevrouw **Leijten** (SP): Als zij dan echt een wezenlijk andere polis krijgen, namelijk een waarbij zij voor heel veel soorten zorg of zorgaanbieders zelf de rekening moeten betalen, is dat een verschil. Ik vroeg of de Minister dat wilde uitzoeken. Waarom wil zij dat niet uitzoeken?

Minister **Schippers**: Omdat wij verzekeraars hebben verplicht om de verschillen aan te geven als de polis voor het komende jaar niet hetzelfde is als die voor het afgelopen jaar. Wij hebben dat expliciet verplicht gesteld.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks): Aan de ene kant hoor ik de Minister zeggen dat zij toe wil naar meer inkoop op kwaliteit en dat kwaliteit een veel leidender motief moet worden in de contractering. Dat ben ik helemaal met haar eens, maar hoe kijkt de Minister ertegen aan dat juist bij sommige budgetpolissen heel beperkt wordt gecontracteerd en dat die contractering niet plaatsvindt op kwaliteit? De hoogte van de vergoeding van de zorg die niet wordt gecontracteerd, maakt dat in de praktijk voor heel veel mensen de keuze zeer beperkt is en dat mensen toch voor hoge kosten kunnen komen te staan.

Minister **Schippers**: Wat het aantal budgetpolissen betreft zei ik al dat het mij is meegevallen hoe selectief er is gecontracteerd. Ik heb wel aan de NZa gevraagd om eens uit te zoeken in hoeverre er bij budgetpolissen op kwaliteit is gecontracteerd. Ik heb dat gevraagd omdat ik daarin ben geïnteresseerd. Is de budgetpolis echt gecontracteerd op prijs en is er verder nergens naar gekeken, of zie je in die budgetpolissen daadwerkelijk dat er kwaliteitscriteria zijn gehanteerd? Dat heb ik aan de NZa gevraagd en ik ben heel benieuwd wat de NZa mij daarover gaat rapporteren.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks): Als de conclusie van de NZa is dat er niet op kwaliteit wordt gecontracteerd, zal de Minister dan een einde maken aan de budgetpolissen waarbij de keuze heel beperkt is en veel

mensen onverwacht voor heel hoge kosten kunnen komen te staan? Kan ik dat hieruit concluderen?

Minister **Schippers**: Dat hangt echt af van de resultaten waar de NZa mee komt en van de vraag in welke richting die gaan. Wij hebben het hier heel vaak over de budgetpolissen als een heel groot probleem. Wij hebben naar de contractering van de budgetpolissen gekeken en dan zie je dus dat die contractering heel anders is dan je mag verwachten op grond van de debatten die wij hier heel vaak hebben. Wij hebben hier vaak debatten alsof er in de regio één ziekenhuis is gecontracteerd en verder niet. Dat blijkt in de praktijk niet het geval te zijn. Waar ik wel in geïnteresseerd ben, is: zijn nu de betere ziekenhuizen gecontracteerd of zijn de goedkoopste gecontracteerd? Ik ben nu eerst benieuwd naar het resultaat. Dan kijk ik naar de nuance in dat resultaat. Ik laat de zaak niet onderzoeken omdat ik er verder niets mee wil doen. Ik ben dus wel van plan om goed te kijken wat wij terugzien in de budgetpolis.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Het gaat erom of de randvoorwaarden goed zijn gesteld. De Partij van de Arbeid heeft het voorstel gedaan dat zorgverzekeraars actief in de polis het verschil ten opzichte van vorig jaar moeten aangeven, juist om te voorkomen dat mensen in een polis worden gerommeld waarvan zij niet kunnen zien wat de gevolgen zijn, of het nu een collectiviteit betreft, waar mevrouw Leijten terecht op wijst, of een individuele polis. Die randvoorwaarde houdt eigenlijk in dat zorgverzekeraars een en ander actief moeten aangeven, op zo'n manier dat er geen fout kan worden gemaakt. Maar fouten kunnen natuurlijk alsnog worden gemaakt.

De **voorzitter**: Wat is uw vraag, mevrouw Bouwmeester?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De Minister heeft gezegd: als die fout wordt gemaakt en mensen opeens voor een heel hoge ziekenhuisrekening komen te staan, terwijl zij het redelijkerwijs niet konden weten, is daar straks het meldpunt bij de NZa. Die gaat dan bemiddelen en voor de verzekerde opkomen en de zorgverzekeraar op de vingers tikken. Aangezien de budgetpolis al vanaf 1 januari van start is gegaan, is het wel relevant...

De **voorzitter**: Mevrouw Bouwmeester, wilt u echt tot een vraag komen? Wij hebben straks ook nog een tweede termijn. Als wij nu hele betogen gaan houden, gaat dat ten koste van de tweede termijn voor alle leden. Uw vraag aan de Minister.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): ... vanaf welk moment mensen zich bij de NZa kunnen melden. Dat is de eerste vraag. De tweede vraag is: wanneer gaat het meldpunt officieel van start?

Minister **Schippers**: Dat meldpunt is er al. Mensen kunnen een en ander nu al melden. Ik heb toch wel bezwaar tegen de uitdrukking dat mensen «in polissen worden gerommeld». Dat geeft een beeld alsof het allemaal een beetje op een louche manier gaat, terwijl er echt strenge eisen zijn, waar de NZa ook toezicht op houdt. Wij hebben met elkaar allang geregeld dat zorgverzekeraars de verschillen aangeven tussen de oude en de nieuwe polis. Op basis daarvan kan men zelf bepalen of men dat wil. Dat even terzijde. Er is dus nu al een meldpunt, dus als mensen klachten hebben, kunnen zij die nu al bij de NZa melden.
Momenteel doen wij samen met Vektis een onderzoek naar de kosten die mensen zelf maken bij budget- en naturapolissen. Hoeveel mensen komen er nu zelf met kosten? Je leest soms van incidenten op dat punt. Hoeveel

mensen zijn het en wat voor kosten zijn het? Ik kom dit voorjaar met de resultaten daarvan.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Wij hebben het theoretisch goed geregeld, aan de voorkant met eisen en aan de achterkant met een meldpunt. Maar het gaat om de praktijk. Is die regel nu echt zo duidelijk of niet? Achmea heeft gezegd: mensen die zich nu realiseren dat de budgetpolis niet past, mogen deze omzetten. Dat vind ik een voorbeeld van je gedrag verbeteren. Het meldpunt is er nu al, dus mensen met problemen kunnen zich melden. Maar gaat de Minister dan ook analyseren wat voor meldingen er komen? Op welke manier kan een zorgverzekeraar daar zijn voordeel mee doen, om het voor een volgend jaar te voorkomen?

Minister **Schippers**: Dat doe niet ik, maar de NZa. De NZa heeft de Beleidsregel Informatieverstrekking opgesteld. De NZa houdt er toezicht op of verzekeraars deze goed toepassen. Zij hoeven dus niet op mij te wachten, want daar hebben we de toezichthouder voor, die daadwerkelijk ingrijpt als het onvoldoende is of niet goed gaat.
Er is gevraagd welke nadere eisen ik ga stellen aan vergelijkingssites. Die nadere eisen zullen zich richten op verbetering van de informatievoorziening door zorgverzekeraars. De NZa doet nu nader onderzoek. Ik vind het van groot belang dat de informatie die op die site staat, juist is. De AFM gaat haar gebruikte normenkader aanscherpen als gewenste verbeteringen uitblijven. Dan hebben wij het over de onwenselijke top drie en het verwerken van eenmalige kortingen in premievergelijkingen. Ik ben daarover in gesprek met het Ministerie van Financiën en de AFM.
Ik kom op de risicoverevening en de solvency. Ik ga allereerst in op de kosten die verzekeraars maken. Gisteren hebben Zorgverzekeraars Nederland en VWS het bericht naar buiten gebracht dat de verzekeraars volgens een vast format publieksvriendelijk inzicht gaan bieden in wat er aan kosten wordt uitgegeven. Wat komt er aan premie binnen? Wat blijft er dan over? Wat gaat er met dat overige geld gebeuren? Wat zijn de reclamekosten, inclusief acquisitie? Dat gebeurt vanaf dit voorjaar. Dan kunnen mensen dit dus op een publieksvriendelijke manier bij verzekeraars bekijken. In het jaar van de transparantie worden dat inzicht en die transparantie dan ook gegeven. Dat is mooi.
Mevrouw Leijten verwees naar het ziekenfonds. Zij zei dat de beheerskosten toen veel lager waren. In 2013 waren de totale beheerskosten als percentage van de zorgkosten lager dan in 2004. Het aantal wanbetalers is relatief gelijk gebleven, namelijk rond de 2,5% van de verzekerden die een nominale premie betalen. Die 2,5% hebben wij nu ook na de crisis. Het is niet mooi en ik zou het liever lager hebben, maar het is niet heel afwijkend.
Wat vind ik van de maximumeisen voor solvabiliteit? Wij hebben daarover al eerder in de Kamer met elkaar gesproken. Zoals u weet, heeft afgelopen maandag mijn collega Minister Dijsselbloem met de vaste commissie voor Financiën gesproken over precies dezelfde onderwerpen. Mijn reactie is dan ook niet heel erg anders dan die van hem in dat debat. Gisteren is er een motie ingediend door het CDA over maximumeisen op het gebied van solvabiliteit.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik wil even een procedureel punt maken. De Minister van Financiën gaf in dat debat aan dat de Minister van VWS hier woensdag nog veel uitgebreider op zou ingaan. Daarom heb ik de vraag nog een keer gesteld. De terugkoppeling van mijn collega-woordvoerder voor Financiën was dat de Minister van Financiën aangaf dat aankomende woensdag de Minister van VWS hier zeer uitgebreid op zou ingaan. Toen dacht ik: ik ga nog maar een keer mijn vraag stellen.

Minister **Schippers**: Gelukkig heb ik de tekst over dat debat ook gelezen. De Minister van Financiën heeft inderdaad aangegeven dat ik op het punt van de risicoselectie vandaag nader zou ingaan. Dat doe ik ook. Maar op de solvabiliteit is hij uitgebreid ingegaan. Dat geldt ook voor de vraag of wij maximumeisen moeten stellen aan de solvabiliteit. Ik heb daarop gewoon geen ander antwoord dan hij heeft gegeven. In dit systeem hebben wij gekozen voor private verzekeraars. In de Europese context kun je dan niet kiezen voor maximumeisen aan de solvabiliteit.
Ik heb niet zo heel veel toe te voegen aan wat de Minister van Financiën heeft gezegd over het onderwerp Solvency II ten opzichte van Solvency I. Je hebt op dat punt inderdaad twee dingen die anders met elkaar in verhouding staan. De eisen aan de reserves zijn bedoeld om, als je in je bedrijf veel risico's hebt, die risico's te kunnen opvangen zonder dat de verzekerden in de kou blijven staan. Als er dingen misgaan in je bedrijf, kun je de reserves gebruiken om ervoor te zorgen dat je bijvoorbeeld toch de aanbieders kunt betalen die zorg aan jouw verzekerden leveren. Onder druk van de financiële crisis zijn er allerlei extra eisen gekomen voor financiële instellen, waaronder verzekeraars. Aan verzekeraars worden weer andere eisen gesteld dan aan zorgverzekeraars. Wij hebben een risicoverevening, en die neemt een deel van het risico weg. Nu is het niet zo dat Solvency II ten opzichte van Solvency I een andere verhouding kent, die anders zou uitwerken op de risicoselectie. Solvency I deed dat ook, omdat de kapitaaleisen geënt waren op de schadelast. Dat gebeurde dus eigenlijk op een nog veel bottere manier, want er was geen onderscheid tussen verschillende typen risico's die zorgverzekeraars liepen. Het was puur gekoppeld aan de schadelast. Toen had je ook nog een hogere solvabiliteitseis naarmate je in je populatie grotere risico's liep. Bij Solvency II wordt het onderscheid gemaakt tussen beleggingsrisico, verzekeringstechnisch risico en operationeel risico. Die laatste twee categorieën risico zijn inderdaad ook gekoppeld aan de schadelast en kunnen dus tot een hogere solvabiliteitseis leiden. Dit zou natuurlijk prikkels kunnen bevatten voor risicoselectie. Onder het oude systeem was dat echter ook het geval; zelfs op een bottere manier, zoals ik net al zei. Wij moeten daar alert op zijn. Het standpunt van de Minister van Financiën is dat de Nederlandsche Bank de bevoegdheid heeft om onafhankelijk vast te stellen wat de solvency-eisen zouden moeten zijn. De Minister van Financiën zegt: «Wij hebben dat onafhankelijk bij de Nederlandsche Bank belegd. Ik ga daar vanuit de politiek niet op sturen, want dan hadden wij het niet onafhankelijk bij de Nederlandsche Bank moeten beleggen.» Dan vind ik het als Minister van Volksgezondheid ook wel lastig om op de Minister van Financiën te sturen, die niet op de Nederlandsche Bank wil sturen. Dat is dus een onbegaanbare weg. Wat wel een begaanbare weg is, is dat je die risicoselectie uit het systeem zo veel mogelijk drukt. Ik ben daar zeer gemotiveerd voor. Zowel over de verevening, als over de vraag waar een en ander zich in uit, heb ik een heel pakket vragen gesteld aan de NZa, in de trant van: kijk nu eens hoe dit in de afgelopen ronde heeft plaatsgevonden. Kijk nu eens of er bepaalde manieren van risicoselectie zijn, indirect of anderszins, waarvan je kunt zeggen: als je de backbone van dit systeem overeind wilt houden, zou je daar iets mee moeten doen. Ik vind het ontzettend belangrijk dat wij bezien waar de NZa mee komt. De maatregelen, de onderzoeken en de maatregelen die daarop zullen volgen, zijn erop gericht om juist vanuit de risicoverevening een en ander te minimaliseren. Ik heb niet de illusie dat wij ooit komen tot een helemaal, totaal kloppende risicoverevening. Ik denk wel dat wij grote stappen kunnen zetten op gebieden die nu nog braak liggen. Voor dat laatste zet ik mij volledig in.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voordat ik mijn interruptie plaats, heb ik eerst een procedurele vraag. De Minister zegt dat zij een heleboel vragen aan de NZa heeft gesteld. Is dat die brief van 6 december?

Minister **Schippers**: Ja. Daar staat een aantal punten in over risicoselectie.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Prima, geen nieuwe brief dus. Heeft de Minister al een antwoord gegeven op mijn vraag over de samenhang tussen Solvency II en de ambities die de Minister heeft op het gebied van de risicoverevening?

Minister **Schippers**: Ja. Ten aanzien van Solvency II zie je dat er inderdaad tendensen zijn die de risicoselectie zouden kunnen stimuleren. Mijn argumentatie is dat dit in Solvency I ook zo was. Helaas is het in Solvency II ook het geval. Via het zorgsysteem, via de risicoverevening zelf maar ook via maatregelen die wij daarbuiten kunnen nemen – wat kunnen verzekeraars en wat kunnen zij niet doen op dit terrein? – moeten wij er volledig op inzetten om de risicoselectie daadwerkelijk tegen te gaan.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dan lijkt het er toch op dat er een straf in het systeem is gekomen, omdat het operationele risico nu natuurlijk wordt meegedragen. Op het moment dat je meer chronisch zieken en gehandicapten hebt, heb je een groter risico. In de brief staat letterlijk: met een ongezondere populatie moeten zorgverzekeraars meer solvabiliteit aanhouden. DNB geeft ook aan dat de basisverzekering, de bredere grondslag, de betere voorspeller is, maar verzekeraars die veel vereveningsbijdrage ontvangen – lees dus: veel chronisch zieken en gehandicapten hebben – moeten een hogere solvabiliteit aanhouden. De Minister heeft de ambitie om chronisch zieken en gehandicapten een sterkere positie in het stelsel te geven, wat op zichzelf genomen een goede ambitie is. Het lijkt erop dat deze ambitie ertoe kan leiden dat zorgverzekeraars een straf krijgen op het moment dat zij veel chronisch zieken en gehandicapten in het verzekerdenbestand hebben, juist omdat het operationeel risico nu apart wordt geheven. Mijn vraag is: kan de Minister onderbouwen, bijvoorbeeld met een onderzoek, dat dit niet gaat gebeuren? Ik vind dat heel belangrijk.

Minister **Schippers**: Dat was al zo onder Solvency I. Meer schade is meer solvency. Het punt is: waar heb je mogelijkheden om dingen te regelen? Heb ik als Minister van Volksgezondheid de mogelijkheid om dingen te regelen in Solvency II? Nee. Heeft de Minister van Financiën uitgelegd waarom dat zo is? Ja, dat heeft hij maandag uitgelegd. Ik wil het allemaal best voorlezen, maar hij heeft uitgebreid aan de Kamer uitgelegd waarom dit zo is. Is er een belangrijke aanleiding om te zeggen: wij zijn van mening dat wij het zo veel mogelijk moeten voorkomen? Dat moesten we in Solvency I en dat moeten we in Solvency II. Ja, dat is zo. Heb ik daar een programma voor opgesteld? Ja, daar heb ik een fiks programma voor opgesteld. Dat programma passen wij toe en dat rollen wij uit. Het programma zal moeten voorkomen dat er risicoselectie plaatsvindt in zorgverzekeringssystemen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks): Ik ga door op de vraag van mevrouw Bruins Slot. De Minister zet in op het aantrekkelijk maken van chronisch zieken voor verzekeraars. Dat is een mooi streven. De Minister probeert het op een verantwoorde manier te doen, maar met de nieuwe Solvency II-regels word je daarvoor extra gestraft. Het gaat juist om die combinatie. De vraag is, hoe de Minister dit dilemma wil gaan oplossen. Aan de ene kant worden verzekeraars gestimuleerd om juist deze kwetsbare groepen aan zich te binden, maar aan de andere kant worden zij door Europese regelgeving gestraft voor die stimulans.

Minister **Schippers**: Er zijn hierbij twee dingen aan de orde, om te beginnen de financiële kwetsbaarheid van de financiële sector. De financiële sector is kwetsbaar, zoals wij hebben gezien. Daaruit is de bankencrisis voortgevloeid. Niet alleen vanuit deze Kamer, maar Europabreed zijn er extra eisen gesteld om de kwetsbaarheid van onze financiële instituties terug te dringen. Daaruit is onder andere Solvency II voortgevloeid. Solvency II gaat er inderdaad van uit dat hogere schade tot hogere eisen leidt, omdat hogere schade ook een hogere financiële kwetsbaarheid geeft. Er is gezegd: wij willen de financiële kwetsbaarheid van onze financiële instituties terugdringen. Wij hebben een risicovereveningssysteem dat een deel van die kwetsbaarheid wegneemt. Daarom is vanuit Nederland geregeld dat wij minder worden aangeslagen dan schadeverzekeraars die deze mitigering in het systeem niet hebben. Het is een feit dat er in Solvancy II eisen gesteld zijn die gerelateerd zijn aan de schade. Het ene belang is dat onze financiële instellingen financieel gezond zijn en tegen een stootje kunnen. Het andere belang dat wij hebben, is dat chronisch zieken en gezonden, ouderen en jongeren tegen dezelfde premie door een zorgverzekeraar worden geaccepteerd. Dat is de motivatie om het risicovereveningssysteem te verzwaren en aan te passen, opdat die populatie aantrekkelijker gaat worden voor zorgverzekeraars.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks): Nogmaals, dat is een mooi streven en het is goed om het via het risicovereveningssysteem voor deze mensen beter gecompenseerd te krijgen, maar het lost het probleem niet op dat het vanuit Europese regelgeving zo wordt gezien dat dit een groter risico is voor verzekeraars, waar je voor gestraft wordt. Het doet dus niets af aan het streven van de Minister naar een compensatie voor deze groep. Maar dat staat helaas los van de Europese regelgeving, waarbinnen je alsnog wordt gestraft voor deze groep. De vraag is: zou de Minister dit verder willen uitzoeken en hierop mogelijk op een ander moment willen terugkomen in een brief, waarin zij uitlegt en toelicht hoe zij dit dilemma, dat er wel degelijk is, wil gaan oplossen?

Minister **Schippers**: Ik vind niet dat verzekeraars gestraft worden, zoals mevrouw Ellemeet zegt. Deze regels zijn opgesteld om de financiële weerbaarheid van de instellingen te vergroten. Dat is de motivatie. Zonder rekening te houden met de risicoverevening zouden de eisen overigens zo'n 40% hoger uitkomen. Dan gaat het om een bedrag van ongeveer 2 miljard dat extra aangehouden had moeten worden. U kunt nu nee schudden, maar het is wel zo. Er botsen twee dingen, ook in deze Kamer. De regels die wij hier hebben vastgesteld om de financiële instellingen weerbaar te maken, kwamen onder andere ook uit deze Kamer. Het is ook belangrijk dat een verzekeraar niet omvalt als hij financiële tegenwind heeft, maar de verplichtingen aan zijn verzekerden kan voldoen. Aan de andere kant willen wij dat de risicoverevening zo gebeurt dat wij geen risicoselectie hebben en dat zorgverzekeraars zich meer richten op zorginkoop. Daar heb ik mijn programma op voorbereid. Verder heb ik kennisgenomen van de moties die terzake door de woordvoerder van het CDA in de vaste commissie voor Financiën zijn ingediend.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voor mijn goede begrip over Solvency II heb ik de volgende vraag. Als wij in de risicoverevening goed regelen dat het aantrekkelijk wordt voor verzekeraars om chronisch zieken en gehandicapten te verzekeren, betekent dit dan niet dat dit ook gevolgen heeft voor Solvency II? Nu zegt de Minister steeds dat er voor zorgverzekeraars andere criteria gelden dan voor schadelastverzekeraars. Als je dit goed regelt, geldt dan niet dat dit meetelt?

Minister **Schippers**: Bij het vaststellen van de eisen aan de Nederlandse zorgverzekeraars is ervan uitgegaan dat wij een goed werkend risicovereveningssysteem hebben. Dit heeft ervoor gezorgd dat de eisen 40% lager zijn dan zij anders zouden zijn geweest. Omgerekend is dat zo'n 2 miljard. Daar is men van uitgegaan. De resterende risico's, zoals operationele risico's en schadelastrisico's heeft men vastgesteld op wat er nu in Solvency II zit. Dat heb ik niet gedaan, dat heeft de Minister van Financiën niet gedaan, maar dat heeft de Nederlandsche Bank gedaan, onafhankelijk van de politiek. De politiek zou de toezichthouder een aanwijzing moeten geven, door te zeggen: wij zouden dat anders willen. Daar heeft de Minister van Financiën echter niet voor gekozen. Hij heeft gezegd: ik vind de weerbaarheid van onze financiële instituties, inclusief zorgverzekeraars, zo belangrijk dat ik vind dat zij aan deze reserves zouden moeten voldoen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Het blijft natuurlijk complex. De Minister heeft er nu een antwoord op gegeven, maar bij mij blijft toch de volgende vraag een beetje hangen. Door collega's is gezegd dat er eigenlijk een straf staat op het verzekeren van deze groep, terwijl de Minister probeert om deze in de risicoverevening goed op te nemen. Is er dan eigenlijk wel sprake van grote gevolgen? Dat is mijn vraag aan de Minister.

Minister **Schippers**: Dat zou je verschillend kunnen inschatten. Solvency II moet nog van start gaan, dus je kunt daar een verschillend oordeel over hebben. Maar deze solvencynormen zijn gesteld uit oogpunt van financiële weerbaarheid. Ik neem mijn maatregelen om tegen te gaan dat er op risico's wordt geselecteerd. Ik vind het heel belangrijk dat ik doe wat in mijn bevoegdheden ligt om te bezien hoe wij de risicoselectie maximaal kunnen tegengaan. Dat kunnen wij doen via het vereveningssysteem. Ik heb ook aan de NZa gevraagd: kijk nu eens wat er in de praktijk gebeurt en doe mij suggesties als er dingen gebeuren waar ik op andere manieren iets aan zou kunnen doen.
Dan kom ik nu op de verpleging en verzorging. Dit jaar loopt er een onderzoeksprogramma om de risicoverevening ten aanzien van verpleging en verzorging te verbeteren. Dat onderzoek bestaat uit verschillende onderdelen. Zo wordt er gekeken of bepaalde diagnoses of medicijngebruik voorspellend zijn voor verpleging en verzorging. Er wordt ook gekeken of alleenstaande ouderen vaker gebruikmaken van verpleging en verzorging. Er wordt bezien of onderscheid kan worden gemaakt tussen verzekerden die in een instelling instromen en verzekerden die daar langer verblijven. Er wordt onderzocht of het risicovereveningsmodel kan worden uitgebreid met gebruikers van verpleging, verzorging en geriatrische revalidatiezorg in het voorgaande jaar. Ik verwacht dat deze onderzoeken in ieder geval dusdanige resultaten zullen opleveren dat de compensatie voor verpleging en verzorging daardoor fors verbetert. Uit onderzoek moet blijken of integratie van verpleging en verzorging in het risicovereveningsmodel voor de somatische zorg per 2016 mogelijk is. Ik heb gezegd dat wij de inhoud daarvan altijd leidend zullen laten zijn.
Dan kom ik nu op de marktmacht voor verzekeraars. De NZa houdt toezicht op de concentratie van zorgverzekeraars. Zowel de NZa als de ACM concludeert op dit moment dat de belangen van verzekerden niet in het geding zijn en dat ingrijpen niet noodzakelijk is. In de brief «Kwaliteit loont» heb ik aangekondigd dat ik het markttoezicht wil versterken. Het is duidelijk dat ik vind dat het markttoezicht in de gezondheidszorg veel sterker zou moeten zijn. Ik heb daar ook nooit een geheim van gemaakt. Zoals u weet, zijn de toezichthouders onafhankelijk en dus niet door mij te beïnvloeden. Ik vind echter dat het echt sterker moet. Ik kan wel een einde maken aan de huidige versnippering. De ACM heeft nu de bevoegdheid tot het eindoordeel over fusies. Een lichte fusietoets bij de NZa betekent

enorm veel dubbel werk voor aanbieders, want zij moeten eerst naar de NZa en vervolgens naar de ACM. Daar zou je echt een doelmatigheidsslag kunnen slaan, door het minder bureaucratisch te maken. Maar ik vind ook dat wij het echt beter moeten doen. Bij de ACM heb je natuurlijk heel veel juristen die op allerlei terreinen heel goed met die Mededingingswet kunnen werken. Daar zit dus een heel sterke component juridische kennis. Er zit echter niet genoeg zorgkennis. Bij het samenvoegen van die twee zou ik niet alleen de mensen van de NZa die deze zorgkennis hebben aan de ACM willen toevoegen, maar ik zou een en ander ook willen verstevigen en er extra kennis aan willen toevoegen, van mensen die daadwerkelijk weten hoe de situatie in de zorg is. Ook wil ik bezien wat er binnen de Mededingingswet maximaal mogelijk is om alles uit te nutten, opdat de toezichthouder hierop strenger toezicht zou kunnen houden. Overigens constateer ik ook dat in de evaluatie van de Zorgverzekeringswet geen conclusie over concentratie van zorgverzekeraars is getrokken. Wel constateer ik dat er geen disbalans is tussen zorgverzekeraars en verzekerden.
Wat vind ik ervan dat er klachten zijn over grote zorgverzekeraars en niet over kleine zorgverzekeraars? Het is mij niet bekend dat er meer geklaagd zou worden bij grotere zorgverzekeraars dan bij kleine. Het is mij natuurlijk wel bekend dat kleine verzekeraars vaak regionaal opereren en dus op een andere manier opereren dan grote zorgverzekeraars. Of een zorgverzekeraar nu groot of klein is, ik vind het van belang dat klachten door de zorgverzekeraar op een goede manier worden afgehandeld. Verzekeraars kunnen terecht bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) als de verzekerde er met de zorgverzekeraar niet uit komt. Over 2013 was er sprake van een toename van het aantal klachten met 19%. Dat komt met name door klachten over geneesmiddelen, de ggz, hulpmiddelen en het eigen risico. Cijfers over 2014 zijn nog niet bekend.
Gaat de NZa de «good contracting practices»-code toetsen? De good contracting practices betreffen een handreiking aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders ten behoeve van het contracteringsproces. Men is rond de tafel gaan zitten om te bespreken hoe het contracteringsproces beter kan verlopen. De NZa heeft op dit moment geen handhavingsbevoegdheden met betrekking tot die good contracting practices, maar ik heb al wel toegezegd – mevrouw Bouwmeester refereerde daaraan – dat de NZa deze zal betrekken bij het toezicht. In de marktscan Zorgverzekeringmarkt 2015, die in de zomer van 2015 zal worden uitgebracht, worden door de NZa de resultaten van een enquête onder veldpartijen opgenomen over het verloop van het contracteringsproces. Daarbij gaat het onder andere over de vraag of zorgverzekeraars en zorgaanbieders handelen volgens deze good contracting practices.
Er is gevraagd of ik de collectiviteiten zou willen heroverwegen, in de zin dat ik alleen collectieven behoud als die bijdragen aan de gezondheidswinst. Ik denk dat collectiviteiten in principe een belangrijke rol spelen in ons systeem, omdat zij kunnen resulteren in een behoorlijke invloed van verzekerden op verzekeraars. Stel dat een collectiviteit iets wil en zegt: als jij mij dat als verzekeraar niet biedt, ga ik naar een ander. Dan heeft dat een behoorlijke impact op een verzekeraar. De verzekeraar zal dan ook zijn uiterste best doen om collectiviteiten te houden en tegemoet te komen aan de verzoeken van die collectiviteiten. Collectiviteiten zijn er in allerlei vormen en allerlei maten. Ik geef als voorbeeld bedrijven waar bepaalde werknemers veel last hebben van bepaalde aandoeningen, zoals stratenmakers met rugklachten. Door de collectiviteit kan zo'n bedrijf er dan voor zorgen dat er specifieke aandacht komt voor werknemers die specifieke gezondheidsklachten hebben, naast wat er al in het basispakket zit, bijvoorbeeld in de vorm van een aanvullende verzekering, bereikbaarheid of service. Zij kunnen dan ook een verbinding leggen met ziekteverzuim of met andere onderdelen, waardoor zij als werkgever

daadwerkelijk iets voor hun werknemers kunnen betekenen. Dat de helft van de premie via de werkgever loopt, met een inkomensafhankelijke premie, is ingegeven door de gedachte dat de werkgever voor zijn werknemers in de zorg daadwerkelijk afspraken kan maken. Die afspraken hebben niet alleen te maken met de zorg, maar ook met ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid; het is één pakket. Ik denk dat dit een enorme meerwaarde heeft. Ik denk ook dat de power van verzekerden enorm versterkt is door collectiviteiten. Ook collectiviteiten die door gemeenten aan uitkeringsgerechtigden en minima worden aangeboden, kennen verschillende voordelen. Mevrouw Bouwmeester verwees daarnaar. Die voordelen liggen op heel verschillende vlakken. Allereest zorginhoudelijk, maar er wordt ook mee voorkomen dat mensen met een beperkt inkomen in een schuldenproblematiek terechtkomen door hun zorgverzekering. Ik noem het eigen risico, waarvoor gemeenten vaak arrangementen treffen met de verzekeraar. Collectiviteiten hebben dus een belangrijke rol. Het is wel zo dat die rol beperkt in omvang is. Wij hebben namelijk randvoorwaarden gesteld aan collectiviteiten, zoals het prijsvoordeel dat je binnen collectiviteiten mag geven. Dat ligt nu op 10% en daaronder kun je niet gaan. Dat vind ik ook goed, want anders zou je een enorme prikkel krijgen om kosten af te wentelen op individueel verzekerden. Ik denk dat collectiviteiten in zijn algemeenheid een belangrijke functie vervullen in het systeem. Ik ben dan ook niet van plan om te zeggen: ze hebben alleen maar nut als ze gezondheidswinst kunnen veroorzaken. Dat vind ik echt een te smalle opvatting.
De fusietoets zou inhoudelijk verscherpt moeten worden. Die hebben wij recentelijk natuurlijk al wettelijk aangescherpt. Wij hebben een procesmatige toets bij de NZa. Die vind ik belangrijk. Die gaat ook over betrokkenheid van alle partijen. Ik maak mij er wel zorgen over. Dat heb ik al vaker in de Kamer aangegeven. Met name in de tweede lijn ontstaan er toch wel heel grote aanbieders, die een enorme macht kunnen bundelen. Dat gaat ten koste van prijs, maar vooral van kwaliteit. Ik vind dat wij moeten bezien hoe wij dit kunnen versterken. Ik ben bereid om de ruimte in de Mededingingswet op te zoeken vanuit dit publieke belang.
De uitkomstbekostiging is iets heel lastigs. Je ziet dat er allerlei vragen over zijn en dat partijen het best wel moeilijk vinden. Wij zien dat ook bij de huisartsenbekostiging. Moet iets in een abonnementstarief of moet het apart? Als het apart is, vinden wij dat vaak veel bureaucratie. Maar als je het in een abonnementstarief doet, zijn er een aantal huisartsen die zeggen: ik doe het wel, maar mijn buurman niet en dan krijgen wij er allebei voor betaald. Wij hebben de bekostiging zo aangepast, dat uitkomstbekostiging kan groeien, bijvoorbeeld ook in de huisartsenzorg. Het uitgangspunt is nu dat wij veel meer op uitkomsten kunnen bekostigen. Ik zie derhalve voortgang. Ik zie dat ook bij de ketenzorg. Je moet daarvoor wel weten wat goede uitkomsten zijn. De kwaliteits- en transparantieslag die wij proberen te maken, is essentieel om ook op dit terrein weer nieuwe stappen te kunnen zetten.
Ik vind het belonen van uitkomsten geen doel op zichzelf, maar ondersteun de beweging die is ingezet om de eerste lijn te versterken en de zorg zo veel mogelijk in de eerste lijn te laten plaatsvinden, zeker waar dat meer kwaliteit oplevert.
Ik kom op het voorstel van het CDA over de invloed van burgers op het beleid van ziekenhuizen. In het wetsvoorstel dat nog in de Eerste Kamer ligt, het wetsvoorstel Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), wordt de positie van de patiënt versterkt. Er komt recht op informatie over zorg en over incidenten. Verder komt er laagdrempelige klacht- en geschillenbehandeling. Ik heb eerder aangekondigd dat de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen zou moeten worden aangepast. Dat wetsvoorstel is in voorbereiding. Ook tijdens het debat over het burgerinitiatief heb ik aangegeven dat informatie belangrijk is als je wilt naar een systeem van «shared decision making». Degenen die gebruik maken van

het ziekenhuis, dat zijn natuurlijk de mensen die daar in de buurt wonen, moeten een betere positie krijgen. Er zijn verschillende wetsvoorstellen in procedure waarin dat wordt geregeld. Er is een fusietoets waarin het belang van allerlei betrokkenen daadwerkelijk moet worden meegewogen in de advisering over de vraag of het nu een handig idee is of niet. Ik denk dus dat wij daarin echt wel stappen aan het zetten zijn.
Mij is een reactie gevraagd op voorstellen over de beschikbaarheidsbijdrage kleine ziekenhuizen, de inhoudelijke samenvoeging van het budget eerste- en tweedelijnszorg en het inspraak geven aan de bevolking. Over dat laatste heb ik het al gehad. Een aantal voorstellen komt terug in de brief die momenteel in behandeling is bij het kabinet over de krimpregio's. Ik doe mijn uiterste best om die op korte termijn aan de Kamer te doen toekomen. Er ligt besluitvorming voor, die nog niet is afgerond. Anders zou de Kamer de brief al hebben gehad. Ik ga proberen die brief zo snel mogelijk aan de Kamer te doen toekomen. Ik kan daar nu geen antwoord op geven, omdat daar «as we speak» over besloten wordt.
Er is gevraagd naar het samenvoegen van de kaders van de eerste en de tweede lijn. Op dit moment is het niet goed haalbaar om die kaders samen te voegen. Wij hebben een aantal hoofdlijnenakkoorden gesloten, waarin wij met elkaar grote en belangrijke doelstellingen hebben afgesproken. Als ik die kaders nu zou samenvoegen, zouden wij daar een dikke streep doorheen trekken. Dat lijkt mij onderstandig. Wel hebben wij afgesproken om de substitutie daadwerkelijk van de grond te krijgen; de verschuiving van de tweede naar de eerste lijn. Zorgverzekeraars Nederland voert op dit moment de substitutiemonitor uit. Ik verwacht binnenkort de eerste rapportage. Zodra ik die heb ontvangen, zal ik die de Kamer doen toekomen.
Ik kom op de preventieactiviteiten in de regio. Zorgverzekeraars en zorgverleners doen veel op dit gebied. Wij stimuleren dit vanuit de rijksoverheid op verschillende manieren. Ik noem het Nationaal Programma Preventie, waar wij vorige week over spraken, en programma's van ZonMW en het RIVM. Ook in de proeftuinenpopulatie wordt populatiemanagement meegenomen. Verder onderzoeken wij hoe preventieactiviteiten beter van de grond kunnen komen.
Mevrouw Wolbert heeft mij bij motie gevraagd de voor- en nadelen van betaaltitel, in de Zorgverzekeringswet maar ook elders, te onderzoeken. Ik heb vorige week aangegeven dat wij dat onderzoek doen.
Over de protonentherapie is gesteld dat deze tot € 1,25 zal worden meebelast in de premie. Los van de vraag wat het voor de premie betekent, gaat het erom of protonentherapie een betere behandelmethode is, en zo ja voor welke ziekte. Volgens de Gezondheidsraad en het Zorginstituut is het een betere behandelmethode voor een beperkt aantal soorten kanker. De overlevingskans is hoger, er is minder bijkomende schade en er is wellicht een kleinere kans op recidive van kanker. Dat is ook de reden waarom protonentherapie... maar ik zie nu dat mevrouw Klever hier niet meer is.

De **voorzitter**: Mevrouw Klever heeft deze vergadering moeten verlaten. Excuus daarvoor, maar er wordt ongetwijfeld meegeluisterd.

Minister **Schippers**: Daar ga ik van uit. Voor de desbetreffende aandoeningen maakt de therapie onderdeel uit van het basispakket. Een heel andere vraag is, hoeveel protonencentra je daarvoor moet bouwen. Er zijn vergunningen afgegeven voor in totaal 2.200 verrichtingen: 600 voor zowel Groningen als Rotterdam/Delft, 600 voor Amsterdam en 400 voor Maastricht. Ik heb eigenlijk weinig zin om hier een som van te maken. Mij gaat het erom dat je, als een therapie deel uitmaakt van het pakket, moet bekijken hoe je die op de meest doelmatige manier aan patiënten kunt aanbieden. Daarover is men druk in de weer. Ik heb als Minister wel iets te zeggen over het wat, maar minder over het hoe.

Dan kom ik nu op de wijkverpleging en de tarieven daarvan. De Staatssecretaris is druk bezig om allerlei facetten van de overgang van wijkverpleging en kindintensieve zorg te begeleiden en in goede banen te leiden. Met een overheveling zie je altijd dat er allerlei problemen ontstaan als je eenmaal hebt overgeheveld. Onze algehele inzet is om, als er problemen ontstaan, deze praktisch en zo snel mogelijk op te lossen. Hij is daar heel druk mee bezig. Ik ben minder goed op de hoogte wat de laatste stand van zaken is, maar ik weet wel dat er voortdurend met alle betrokkenen wordt overlegd om, als er knelpunten zijn, zoals deze vandaag ook weer in het nieuws waren, die onder begeleiding van de Staatssecretaris zo snel mogelijk en maximaal op te lossen.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik waardeer de inzet die er is om de problemen op te lossen, maar die problemen duren wel voort. Volgens mij is er begin dit jaar een brief naar de Kamer gestuurd waarin is bevestigd dat intensieve kindzorg onder de Zorgverzekeringswet valt. Dat was voor mij reden om dit vandaag met de Minister te bespreken. Daaronder valt dus ook begeleiding. Wij zien nu dat kinderen eigenlijk niet naar school gaan, omdat het budget voor begeleiding er niet is. Mensen melden zich bij de gemeente. De gemeente zegt: gaat u maar naar de zorgverzekeraar. Maar de zorgverzekeraar geeft niet thuis. Dit is echt een punt dat binnen de Zorgverzekeringswet moet worden opgelost. De zorgverzekeraars moeten hierop worden aangesproken. Daarom vraag ik de Minister, daarop samen met de Staatssecretaris actie te ondernemen.

Minister **Schippers**: Als dit soort dingen zich voordoet, wordt zo veel mogelijk actie ondernomen. Maatwerk is hierbij natuurlijk het sleutelwoord. De een is de ander niet; als er dingen fout gaan, moet men zo snel mogelijk rond de tafel om ze daadwerkelijk op te lossen. U hebt over het pgb gevraagd hoe het met de tarieven zit. Er is een overgangsmaatregel van toepassing tot 1 mei. Je ziet dat er problemen ontstaan op het gebied van de intensieve kindzorg. Zorgverzekeraars Nederland heeft zijn leden opgeroepen om extra aandacht te hebben voor individuele situaties en om maatwerk te leveren. Als dit soort knelpunten ontstaat, wordt er ook vanuit het ministerie zo snel mogelijk actie ondernomen om die knelpunten daadwerkelijk op te lossen.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Is het mogelijk dat de Kamer schriftelijk wordt geïnformeerd over de acties? Mij bereiken de klachten. Ik zit niet aan tafel bij het overleg met het ministerie en Zorgverzekeraars Nederland. Ik krijg graag de informatie, dan kan ik die terugkoppelen naar de mensen in het land.

Minister **Schippers**: Ik zal de Kamer binnen drie weken een standvanzakenbrief sturen over de intensieve kindzorg en de problemen die daarbij naar boven komen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik wil hier graag even over doorspreken, want het belangrijkste wat mevrouw Dik-Faber zojuist toegezegd heeft gekregen is: deze mensen moeten gewoon geholpen worden. De Minister zegt dat toe, dus dat is belangrijk. Maar er zit nog een belangrijk punt achter. Dit gaat niet om zo heel veel mensen. Maatwerk is zo ontzettend belangrijk. Hoe kan het nu toch steeds gebeuren dat, ondanks dat er heel veel kritiek is op zorgverzekeraars en hun draagvlak ter discussie wordt gesteld, dit soort dingen verkeerd blijft gaan? Bij de nieuwe houding van de zorgverzekeraars hoort dat het niet meer via een Kamerbrief en debatten moet lopen, maar dat ze gewoon met die mensen in gesprek gaan en kijken hoe ze eruit kunnen komen, in het belang van de mensen waar wij voor horen op te komen. Dat vraagt om een andere houding. Kan de Minister daar ook op ingaan in die brief?

Minister **Schippers**: Wij moeten ook naar onszelf kijken, want wij vragen ook heel veel van zorgverzekeraars. Dit is een nieuwe regeling. Die moeten zij uitvoeren. Zij zijn daarmee niet bekend. Zij moeten bezien wat mogelijk is. Zij weten van tevoren niet welke problemen er komen. Zorgverzekeraars Nederland heeft daar vrij snel op gereageerd in de trant van: oh, jongens, hoe zouden wij dit nu moeten aanpakken? Ik sta er helemaal achter dat wij deze maatregelen hebben genomen en dat wij deze taken verschuiven, want het is in het belang van iedereen om dat te doen. Maar er kan dan ook weleens iets mis gaan, zeker bij zo'n overgang. Dan moeten we niet naar elkaar wijzen, maar met elkaar bezien hoe wij zo snel mogelijk de problemen oplossen. In de brief zal ook verslag worden gedaan van wat er precies is gebeurd.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik vraag het heel specifiek, omdat het er nu op aankomt. Gaan wij nu van systemen naar mensen? Ik snap dat het ingewikkeld is voor een zorgverzekeraar, want die moet het allemaal regelen. Maar dan even van het systeem en de techniek naar de mensen. Er zijn mensen die in paniek huilend hun zorgverzekeraar opbellen: het lukt niet, het gaat niet, ik kom er niet uit. Die mensen komen er bij hun zorgverzekeraar niet doorheen. Los van alle wet- en regelgeving die wij hier maken en over anderen uitstorten – wij moeten zeker de hand in eigen boezem steken – vraagt dit om een andere attitude van iemand bij een zorgverzekeraar die daar de telefoon opneemt en zo'n ouder in paniek aan de telefoon krijgt. Intensieve kindzorg thuis is heel heftig en ingewikkeld. Het gaat niet om zo heel veel kinderen. Waarom gaat het steeds mis? Dat wil ik in de brief terugzien.

Minister **Schippers**: Er is bijna dagelijks overleg hierover. Tussen het ministerie en Per Saldo. Met Zorgverzekeraars Nederland. Er wordt een ongelooflijke inzet gepleegd om alles zo snel mogelijk weer zo goed mogelijk te laten lopen. Maar het is ook een megaoperatie, die nieuwe taken legt bij nieuwe actoren. Dan gaat er iets mis, en dat praat ik niet goed, maar ik vind dat wij praktisch gezien dan zo snel mogelijk een oplossing moeten zoeken. Daar is alles op gericht. Daarom hebben wij zo intensief contact met elkaar, om die hele operatie, waarin wij delen naar de Zorgverzekeringswet en delen naar de gemeenten overhevelen, zo goed mogelijk te laten verlopen. Nogmaals: daarbij kunnen dingen mis gaan, maar dan gaat het erom dat wij het met elkaar zo snel mogelijk proberen te herstellen.
Er is gevraagd of de afstemming tussen wijkverpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen beter is. Hoe zorgen wij ervoor dat er geen overlap plaatsvindt? Het behoort tot het takenpakket van de professionals om met elkaar af te stemmen. Ik kan het niet genoeg benadrukken. Bij zorg gaat het gewoon om de vraag: wie doet wat? Kun jij dit het beste doen of kan ik dat het beste doen? Dat moet in de praktijk zijn weg vinden. Ook voor de verzekeraar is het van belang om bij de contractering afspraken te maken over de vraag wie wat doet. Er kan inhoudelijk een overlap bestaan tussen de wijkverpleegkundige en de praktijkverpleegkundige bij de huisarts, maar er is een wezenlijk verschil. De wijkverpleegkundige levert zorg bij mensen thuis en de praktijkverpleegkundige doet dat in de huisartsenpraktijk. Verzekeraars kunnen mogelijke dubbelingen in de contractering zo veel mogelijk voorkomen. Zij hebben regelmatig aangegeven daar in de contractering voor 2016 speciale aandacht voor te vragen.
Hoe kijk ik aan tegen meerjarige polissen? Daar zitten verschillende kanten aan. Je kunt de vraag stellen: hoe zit het met de verzekerde ten opzichte van de verzekeraar bij meerjarige polissen? De heer Rutte heeft ons volgens mij al een jaar geleden gevraagd: willen jullie eens bezien of het niet goed zou zijn als een verzekerde voor meerdere jaren een polis met een verzekeraar sluit? Daarvan hebben wij gezegd: wettelijk gezien

hebben wij het recht ingebouwd om te kunnen overstappen. Is het goed om aan dat recht te tornen? Wij hebben geoordeeld dat je dat beter niet kunt doen. Aan de andere kant heb je natuurlijk afspraken tussen de verzekeraar en de aanbieder. Daarvan hebben wij gezegd dat het ontzettend zou schelen, ook al uit oogpunt van administratieve druk, om meerjarige contracten met elkaar aan te gaan, in de trant van: als u investeert in de zorg en als wij daar meerjarige afspraken over maken, hebt u ook meer zekerheid en dan kunnen wij daar met elkaar heel goede afspraken maken, die in het belang zijn van de patiënt. Het ligt er dus een beetje aan naar welke actor je kijkt, maar de meerjarige contracten tussen verzekeraars en aanbieders kunnen zeker voordelen hebben. Wat de meerjarige contracten tussen verzekerden en verzekeraars betreft, hebben wij u vorig jaar in een brief al aangegeven wat de voor- en nadelen daarvan zijn en waarom de balans bij ons doorslaat naar het voordeel van kunnen overstappen. Dat is ook vastgelegd in artikel 7, lid 1, van de Zorgverzekeringswet.
D66 heeft mij gevraagd wat ik van de goodwill vind. Ik hoor ook signalen die erop duiden dat toch weer steeds vaker goodwill wordt gevraagd in de huisartsenzorg. Mevrouw Dijkstra schetste al dat wij daarover een regeling hebben getroffen met de huisartsen. Er is ook gezegd dat de goodwill is afgekocht. Ik ben zelf een enorm tegenstander van goodwill. Ik vind het heel slecht als de huisartsenpraktijken weer die weg op zouden gaan. Ik heb daarover gesproken met de LHV, die zich daar ook zorgen over maakt. Zij signaleert ook dat het gebeurt. Ik denk dat het signaal dat wij tegen goodwill zijn, dat ik daar op geen enkele manier aan wil bijdragen en dat het niet in mij opkomt om daarvoor ooit compensatie in wat voor zin dan ook te geven, niet krachtig genoeg kan zijn. Ik ben er ontzettend tegen. Als dit probleem blijft opspelen en als de signalen blijven komen, ben ik bereid om het initiatief te nemen en te bekijken wat wij hier daadwerkelijk tegen kunnen doen: moeten wij verzekeraars dan vragen om het in hun contracten te verbieden of moeten wij dat anderszins regelen? Dat is overigens nog lastig, want welk bedrag komt er dan nog bij het bedrag voor bijvoorbeeld het inventaris? Is dat dan goodwill of betaal je gewoon te veel voor de inventaris? Dat is allemaal heel erg lastig. Ik kan echter niet helder genoeg zijn: die weg is echt een slechte weg.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik ben heel blij met de krachtige uitspraken van de Minister hierover. De Minister zegt dat we hiernaar moeten kijken: moeten we de zorgverzekeraars oproepen om in het contract op te nemen dat geen goodwill mag worden betaald? Ik vroeg eigenlijk aan de Minister of niet dit al het moment is om aan de zorgverzekeraars te vragen om dat te doen. Sommige doen het wel, maar niet allemaal. Zeker gezien het feit dat wij de huisarts zo'n belangrijke rol geven en wij de jonge dokters niet willen ontmoedigen om ergens een praktijk over te nemen, is dit heel belangrijk. Ik ben blij dat de Minister dat met mij deelt. Zouden wij niet nu al moeten ingrijpen?

Minister **Schippers**: Ik zeg toe dat ik het gesprek daarover met de zorgverzekeraars aanga.
Mij is gevraagd in welke zaken de ACM fusies heeft aangekaart en boetes heeft opgelegd. Ik noem een aantal zaken van de ACM. De afgelopen jaren heeft de ACM één keer een fusie in de intramurale ouderenzorg verboden. Op het laatste moment zijn een aantal fusies in de zorg ingetrokken toen bleek dat de ACM op het opleggen van een verbod afstevende. De ACM heeft drie toezeggingsbesluiten genomen. Er zijn verder een aantal sanctiebesluiten genomen, onder andere in de thuiszorg. Twee besluiten liggen nog bij de rechter voor. Vorig jaar heeft er nog één zaak met betrekking tot de huisartsenzorg gelopen. Ook heeft de ACM vrij recen-

telijk de gevraagde wijziging van het prijsplafond van de Zeeuwse ziekenhuizen niet gehonoreerd.
Er zijn negen proeftuinen, met een doorlooptijd van in principe drie jaar, van 2014 tot 2017. In alle proeftuinen staat het verbeteren van de gezondheid van de populatie naast het verhogen van kwaliteit en de vermindering van kosten centraal. De proeftuinen zijn in de regio's uit eigen beweging ontstaan. Die zijn dus niet van bovenaf geïnitieerd, maar van onderaf opgekomen. Ik volg en ondersteun de proeftuinen actief. Het afgelopen jaar heeft het RIVM een eerste rapportage uitgebracht over de verschillende initiatieven. De eerste meting heeft plaatsgevonden in 2014. De eindmeting vindt plaats in 2017. De rapportages hierover verschijnen in de zomer van 2015, respectievelijk 2018. Die zal ik uiteraard aan de Kamer toesturen.

De **voorzitter**: Hiermee is een einde gekomen aan de eerste termijn van het kabinet. Ik heb begrepen dat er behoefte is aan een tweede termijn, maar ook aan een heel korte schorsing.

De vergadering wordt geschorst van 13.05 uur tot 13.14 uur.

De **voorzitter**: Wij vervolgen het debat voor de tweede termijn. Ik verzoek de sprekers uit te gaan van een spreektijd van twee minuten.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks): Voorzitter. Wij willen toe naar meer evenwicht in de zorg. Wij willen dat omdat wij willen dat mensen kunnen kiezen op inhoud en omdat wij willen dat er echte solidariteit is. Het valt mij op dat de Minister in haar voorstellen heel stellig is over de gevolgen van de te grote macht van grote zorgaanbieders. Ik deel die zorgen. De Minister geeft daarentegen de zorgverzekeraars toch weer iedere keer het voordeel van de twijfel. Wij willen zo graag dat mensen kunnen kiezen op inhoud. Dan is het ook nodig dat het polisaanbod gericht is op de kwaliteit van de zorg, maar dat is nu niet het geval. Er zal echt meer gedaan moeten worden om die richting op te gaan. Mijn voorstel is dan ook om het aanbod van het aantal polissen te beperken.
Daarnaast valt mij op dat de Minister zegt dat de collectiviteiten niet alleen zorgvoordelen hoeven op te leveren, maar dat er ook andere voordelen kunnen zijn. Dat vind ik een opvallende uitspraak, zeker gezien het nadeel dat mensen die geen gebruik kunnen maken van een collectiviteit ondervinden door de door de collectiviteiten aan anderen gegeven korting. Daar komt bij dat het gevolg van de bezuiniging op de inkomensondersteuning voor chronisch zieken en gehandicapten nu wordt omgezet in een collectiviteit voor deze groep, terwijl eigenlijk gezocht moet worden naar een andere oplossing van dit nadeel voor deze mensen. Dat zou niet via de collectiviteiten moeten gebeuren.
De klacht over de grote zorgverzekeraars ten opzichte van de kleine zorgverzekeraars is gebaseerd op een onderzoek van de Landelijke Huisartsen Vereniging. Ik deel de mening van de Minister dat het inderdaad een voordeel is als kleine zorgverzekeraars meer op regionaal niveau nadenken over gepaste zorg. Dat zouden zij nog veel meer samen met patiënten en zorgaanbieders moeten doen. Als gezamenlijk wordt nagedacht over de vraag wat die goede zorg is, krijg je pas echt een evenwicht in de zorg.
Er zijn echter ook goede voorbeelden van samenwerking tussen alle spelers in de zorg. Die zijn mooi en die zijn geen gevolg van de uitgebreide kwaliteitsuitvragen van de zorgverzekeraars. Ik deel de mening van de Minister dus niet dat er geen te grote machtsconcentratie van verzekeraars zou zijn. Er is wel degelijk een negatieve invloed, onder andere via de bureaucratie, van zorgverzekeraars op zorgaanbieders.
Mijn laatste opmerking gaat over Solvency II en de chronisch zieken. De Minister dreigt het deksel op haar neus te krijgen met haar mooie plan

«Kwaliteit loont» als hier geen oplossing voor wordt gevonden. Deze groep zal voor verzekeraars immers wel degelijk een grotere last zijn, waardoor het minder aantrekkelijk wordt om echt in te zetten op goede zorg voor chronisch zieken.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Ik sluit mij aan bij de opmerking van mevrouw Ellemeet: het CDA maakt zich ook grote zorgen over Solvency II en de risicoverevening. Als je dingen echt onder de aandacht wilt brengen, zo zegt de Minister altijd, dan moet je ze onder de aandacht brengen van alle bewindspersonen die erover gaan. Daarom heeft het CDA dit punt maandag bij de Minister van Financiën en vandaag bij de Minister van VWS uitdrukkelijk onder de aandacht gebracht. Dit kan de Minister namelijk heel veel geld gaan kosten. Wij kunnen dit geld beter uitgeven aan de zorg dan het op de plank van de zorgverzekeraars laten liggen. Stel dat wij een perfecte risicoverevening hebben. Dan nog maakt Solvency II het voor chronisch zieken financieel onaantrekkelijk. Als je een jaarlijkse tekortstijging hebt van de zorg, moet een zorgverzekeraar voor iemand die € 5.000 aan kosten heeft, tien keer meer extra reserve aanhouden dan voor iemand die maar € 500 aan kosten heeft. Voor een chronisch zieke met een kostenpost van € 5.000 moet een zorgverzekeraar bij een kostenstijging van 4% dus € 200 reserve aanhouden. Voor iemand die vrij gezond is en een kostenpost van € 500 heeft en voor wie ook een kostenstijging van 4% geldt, moet de zorgverzekeraar € 20 reserve aanhouden. Je ziet dus dat extra reserveopbouw nodig is naarmate een zorgverzekeraar meer chronisch zieken en gehandicapten in zijn opbouwbestand heeft. De eenmalige verhoging per 1 januari 2016 is 5%. Dat betekent dat voor een ongezonde oudere in één keer eenmalig 5% van € 5.000 moet worden aangehouden. Dat is € 250. Voor een gezonder iemand – 5% van € 500 – is dat € 25. Met andere woorden: daarin zit een enorme indirecte risicoselectie. De ambitie van de Minister is het realiseren van een betere risicoverevening voor chronisch zieken en gehandicapten. Dit leidt er dus een-op-een toe dat zorgverzekeraars meer geld voor risicoverevening moeten aanhouden. Net als mijn collega Pieter Omtzigt verzoek ik de Minister om nader onderzoek te doen naar de verschillen in de jaarlijkse structurele hoge extra solvabiliteitsreserve-opbouw voor oud en ongezond in vergelijking tot die voor jong en gezond. De kosten en prijsverschillen kunnen immers enorm zijn. Natuurlijk bedenk ik dit als Tweede Kamerlid van het CDA niet alleen zelf. Mensen denken daarover met mij mee. Volgens mij zit hierin echter de crux, willen wij dit stelsel betaalbaar houden. Dat betekent dat wij negatieve prikkels eruit moeten halen. Ik vind dit belangrijk. Daarom besteed ik er hier zo veel tijd aan.
Ik maak nog een laatste opmerking. Behalve om risicoverevening gaat zorg natuurlijk vooral om de mensen. Wij moeten een aantal maatregelen nemen, zeker in de regio, om de zorg weer terug aan de mensen te geven, opdat zij weer eigenaarschap voelen over het ziekenhuis, opdat zij zich er deel van voelen. Het CDA heeft daar een aantal voorstellen voor gedaan. Wij kijken echt uit naar de nota van de Minister, maar wij hopen van harte dat de Minister de voorstelen van het CDA wil overnemen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. De kern van het probleem in de zorg is dat de zorgverzekeraars de regisseurs zijn. Je kunt zeggen dat ze minder macht moeten krijgen en meer moeten overleggen, maar zolang zij de kern van de organisatie van onze zorg zijn, heb je een probleem met de solvabiliteitseisen van Europa. Het zijn namelijk financiële instellingen en natuurlijk moeten zij aan de eisen voldoen. Hoe graag wij ook willen dat chronisch zieken en ouderen wat beter worden bediend, dat is nadelig met die richtlijn. Hetzelfde geldt voor de lijstjes met kwaliteitseisen. Wij hebben geen enkele garantie dat zorgverzekeraars straks niet boven op vastgestelde richtlijnen kwaliteitseisen zullen stellen. Volgens de wet

mogen zij dat namelijk gewoon. Als een zorgverzekeraar denkt «ik wil mijzelf wel even mooi in de verkoop zetten en ik stel boven op de kwaliteitsrichtlijn nog meer eisen», dan kan dat gewoon zijn verkoopstrategie zijn. Dan zitten wij, en vooral de Minister, met alle goede voornemens. Wij kunnen namelijk niks doen. Je ziet dat zorgverleners boos zijn over het verliezen van de autonomie, over de normering waarbij een terminale patiënt nog maar dertien weken huisartsenzorg krijgt vergoed en dat soort dingen. De oplossing van de kern van het probleem is niet praten met verzekeraars of hun smeken om het anders te doen. Nee, dat is hun hun macht en positie ontnemen. Dat is het voorstel dat de SP doet. De Minister heeft gezegd dat dit kan, maar dat zij daar niet voor kiest. Dat is inderdaad een heldere positie.
Ik heb nog één ding. Wij leven in het huidige stelsel. Dat zie ik ook wel. Wat ik echt heel pervers vind, is dat heel veel mensen in de budgetpolis zijn gemoffeld. De Minister vindt dat geen mooie term, maar het is wel zo. Stel, ik ga een polis zoeken, ik bezoek een website en ik vergelijk. Over het algemeen zijn overstappers jong en hoogopgeleid. Wij weten allemaal dat dit blijkt uit onderzoek. Zij weten misschien waarvoor zij kiezen. Het is anders als je een polis krijgt thuisgestuurd. Ik heb er hier een paar voor me liggen. Daarin staat gewoon «goede keuze, 100% vergoeding». Daar staan allerlei mooie dingen in. Mensen denken dan: ik zit al jaren bij deze verzekering, het is mij jaren goed bevallen, het zal wel goed zijn, overstappen is ingewikkeld, ik doe het niet. En hup, ze zijn in de budgetpolis gemoffeld. Ik vraag de Minister of zij de NZa niet juist daar eens naar kan laten kijken, maar daar is zij niet toe bereid. Ik vind dat jammer. Ik zal er een motie over indienen. Ik denk dat wij allemaal willen dat mensen bewust kiezen en dat wij allemaal weten dat mensen in een polis zijn gemoffeld. Anders zouden huisartsen bijvoorbeeld ouderen niet waarschuwen voor zo'n budgetpolis. Ouderen zijn daar echt de dupe van. Ouderen zijn over het algemeen niet de overstappers in ons stelsel. Dat weet iedereen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar antwoorden. Het gaat erom dat wij van systemen naar mensen gaan. Wij kunnen in de Kamer regels maken tot in de hemel, maar het gaat ook om houding, samenwerking en patiënten. Het gaat erom dat mensen elkaar weer vinden, ongeacht de organisatievorm, ongeacht publiek of privaat. Wij hebben graag publieke zorgverzekeraars, maar ook voor privaat geldt dat mensen elkaar moeten kunnen vinden. Ook als je zorgverlener bent, moet je openheid geven. Het gaat erom dat partijen elkaar weer vinden, in het belang van de patiënt, in het belang van de kwaliteit. Dat vraagt bijvoorbeeld ook om meer prikkels, die nodig zijn. Ik stel mijn vraag voor de Minister nog een keer. Nu wordt beloond voor het doen van een verrichting, een beloning voor behandelen, maar we moeten toe naar het belonen van gezondheid, het gezond houden en het verhogen van de kwaliteit van leven.
Bij de zorgverzekeraars gaat het om de toon, om de wil, om het samenwerken om die gezondheid te bevorderen. In mijn eerste termijn heb ik gevraagd of het niet mogelijk is dat de zorgverzekeraars de regie nemen bij het maken van een plan in een regio. Neem Zeeland. Iedereen ligt daar met elkaar overhoop: de zorgverleners onderling en de zorgverleners met de zorgverzekeraar. Wie is daar de dupe van? Dat zijn de patiënten, dat zijn de inwoners, dat zijn de verzekerden in een dunbevolkt gebied. Ik waardeer het zeer dat de Minister erheen is gegaan om te zeggen: jongens, nu is het genoeg; mensen zijn hier de dupe van jullie ruzie. Er is echter meer nodig dan dat. Waarom kunnen de zorgverzekeraars dit nou niet als het moment aangrijpen om de goede voornemens in praktijk te brengen die zij hebben opgeschreven in een brief die naar de Kamer is gestuurd? Ga maar aan de slag met dat regioplan. Ga maar samenwerken. Ga maar sturen op gezondheid. Geef vertrouwen en krijg het dan ook. Als

dat voorbeeld praktijk wordt, dan kunnen wij ook complimenten gaan uitdelen.
Daar hou ik het bij voor deze tweede termijn.

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. Ik zal het kort houden. In de eerste termijn heb ik heel duidelijk gemaakt waarom de VVD zeer hecht aan ons stelsel. Wij zien dat dit stelsel als een van de weinige ter wereld tegemoetkomt aan de enorme diversiteit aan belangen die er in de zorg is, en daarin een goede balans vindt. Die balans is essentieel. Dat hoor ik bij anderen veel te weinig. Het is heel populair om in het zorgstelsel een beetje te zwartepieten of om op te komen voor eenzijdige belangen, maar uiteindelijk slaat daardoor alles uit het lood. Wij zullen ons ervoor blijven inzetten om die balans goed te houden. We zien dat ook terug in de plannen van de Minister, met name in de 21 maatregelen die zij dit jaar wil gaan nemen. Die zullen wij ook intensief volgen en hier met elkaar bespreken. Op dat moment zullen wij daarop nader ingaan. Voor nu wil ik het daarbij laten.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Laat ik eerst maar ingaan op wat de heer Rutte zojuist zei. Wat mij betreft is de balans waarover hij het had nog wel zoek. Volgens mij zijn wij daar nu met z'n allen naar aan het kijken. De Minister probeert daaraan ook het hare bij te dragen. Tijdens AO's als deze hebben we het heel vaak over deze onderwerpen. Dan bekruipt mij steeds het gevoel dat er een enorme discrepantie is tussen enerzijds het stelsel dat wij hier bespreken, en anderzijds de dingen die je in de praktijk ziet. Je ziet hoe moeilijk het is om die twee zaken bij elkaar te brengen. We streven naar vertrouwen in de zorg, naar zorg op maat, naar het centraal stellen van de mens in plaats van het stelsel. Je merkt hoe moeilijk het is om uiteindelijk over het voetlicht te krijgen dat we proberen om die dingen met dat stelsel voor elkaar te krijgen.
Ik wil nog op een paar dingen ingaan. Ik heb aan de Minister een vraag gesteld over de mededinging. Ze is daar wel op ingegaan, maar ze heeft mijn vraag niet beantwoord. Kan ze eens onderzoeken hoe die mededinging eigenlijk tegengesteld is aan sommige zaken die we in het stelsel juist willen regelen? Ze heeft de NZa gevraagd om eens naar de eerste lijn en de huisartsen te kijken. Ik zou graag willen dat dit wat breder zou gebeuren. Kan de Minister inventariseren waar die mededinging in het stelsel wringt?
Een ander punt is de goodwill. De Minister is hierover heel duidelijk; dit punt gaat ze met de zorgverzekeraars bespreken. Het is misschien ook goed als de Minister dit punt met de huisartsen, met de Landelijke Huisartsen Vereniging zou bespreken. Juist van de huisartsen komt er kritiek op de verzekeraars die de goodwill wel verbieden in de contracten. Dat is natuurlijk tegengesteld aan wat wij willen. Volgens mij moet daarover heel veel duidelijkheid komen.
Ik kom nog heel even op het uitwisselen van polisinformatie tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. De Minister heeft gezegd dat Zorgverzekeraars Nederland aan het einde van dit jaar met een portal komt. Dat duurt dus nog bijna een heel jaar. De gegevens zijn al beschikbaar, want de zorgverzekeraars hebben die. Kan het daarom niet sneller? Hier hebben patiënten veel belang bij.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik bedank de Minister voor haar antwoorden in de eerste termijn. Ze heeft gezegd dat het wetsvoorstel over de invloed van verzekerden na de zomer, dit najaar naar de Kamer komt. Ik wil er bij haar op aandringen om het echt zo spoedig mogelijk naar de Kamer te sturen. Ik begrijp dat dit langer duurt dan het regelen hiervan via een AMvB, maar laten we hiermee ook niet langer wachten dan nodig is, want volgens mij is er breed draagvlak voor.

De Minister maakt zich met mij zorgen over de fusiegolven in de tweede lijn en de tendens naar grootschaligheid. Zorg dichtbij komt daardoor onder druk te staan. De Minister heeft gezegd dat zij ruimte wil zoeken in de mededingingsregels. Ik ben daar heel blij mee en ik denk dat dit een goede aanvulling is op de motie die is aangenomen door de Kamer over de mededingingsregels voor de eerstelijnszorg.
Ik kan aansluiten bij wat mevrouw Bruins Slot van de CDA-fractie heeft gezegd over de nieuwe solvabiliteitseisen en de indirecte risicoselectie die dan plaatsvindt. Zij heeft veel voorbeelden genoemd. Volgens mij zullen verzekeraars hierdoor toch minder in staat zijn om chronisch zieken en gehandicapten aan zich te binden.
De Minister heeft toegezegd dat zij de Kamer over drie weken een brief zal sturen over de intensieve kindzorg. Ik ben erg blij met die toezegging. Ik heb ook gezegd dat er een korting plaatsvindt op de intensieve kindzorg. Dat is niet de afspraak.
Voor mijn volgende punt moet ik misschien bij de Staatssecretaris zijn; dat is wat twijfelachtig. Er is gewoon toegezegd dat de combinatie van een pgb en zorg in natura mogelijk is. Toch zijn er zorgverzekeraars die dat niet toestaan. Dat klopt dus niet. De Minister zei ook dat er nog wordt overlegd over de zogenaamde mantelzorgtarieven voor pgb's. Dat klopt, maar er wordt nu ook bij de formele tarieven een tarief van € 20 per uur gehanteerd. Dat klopt dus gewoon niet.
Ik hoop dat de Minister niet alleen wil controleren of de informatie op de website juist is, maar ook wil bekijken of de informatie begrijpelijk is. Ik hoop dat daarbij zal worden gelet op mensen die wat minder makkelijk toegang hebben tot de informatie.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Mevrouw Ellemeet zegt dat ik wel erken dat er te veel macht ligt bij bepaalde zorgaanbieders, maar dat ik de verzekeraars het voordeel van de twijfel geef. Ze zegt dat ze dat laatste gek vindt. Ik vind op mijn beurt die constatering van mevrouw Ellemeet wel gek. Uit de stukken die ik de Kamer heb toegestuurd, blijkt dat het grootste deel van de maatregelen op de verzekeraars is gericht. Dat geldt voor de zaken waarover de brief «Kwaliteit loont» gaat. Dat geldt voor de maatregelen die zijn gericht op transparantie van de polis, van de inkoop. Dat geldt voor maatregelen die te maken hebben met de macht die verzekeraars hebben ten opzichte van individuele aanbieders. Daarover heb ik gezegd: je moet constateren dat de macht van zorgverzekeraars voor de kleine aanbieders te groot is. Hoe kun je de positie van die kleine aanbieders herstellen? We gaan modellen uitwerken voor een manier waarop je de onderhandelingen en de contractering kunt verbeteren. Aanbieders kunnen daar dan ook over klagen en de NZa houdt toezicht. Ik noem ook de maatregelen rond inspraak van verzekerden op verzekeraars. Wie heeft nu eigenlijk het meeste de Minister die allerlei maatregelen wil doorvoeren op zijn nek zitten? Dat zijn de zorgverzekeraars. Dat is niet voor niets. Er is immers algemeen gesproken een probleem met legitimatie en transparantie. Ik vind het dus belangrijk dat we ons in het systeem niet richten op één partij waarover we zeggen: dat kan beter. Ik vind het belangrijk dat in het systeem alle partijen op punten worden aangesproken die kunnen worden verbeterd. Daarbij spaar ik de zorgverzekeraars niet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks): De Minister zegt dat we alle partijen moeten aanspreken op hun verantwoordelijkheid. Dat ben ik met haar eens. Er gaat echter volgens mij op dit moment een zeer negatieve invloed uit van zorgverzekeraars op zorgaanbieders door de eindeloze kwaliteitsuitvragen. Is de Minister dat met mij eens? Is zij het met mij eens dat die kwaliteitsuitvraag moet worden gestopt over de hele linie van de zorg? Op die manier kunnen we zorgverleners de ruimte geven om zich

weer met de echte zorgverlening bezig te houden. Het veld moet aan het werk worden gezet voor de kwaliteitsnormen. Is de Minister dat met mij eens?

Minister **Schippers**: Ik ben er zeker niet toe bereid om die hele kwaliteitsuitvraag te stoppen. Als we dat zouden doen, zouden we eigenlijk tegen de verzekeraars zeggen: gaat u maar op prijs inkopen, want de rest moet u niet interesseren. Dat is echt iets wat we niet willen. De Kamer heeft de zorgverzekeraars er al jaren heel ferm op aangesproken, op de kwaliteit te letten. De Kamer heeft gezegd: zorgverzekeraars, als u alleen maar op de prijs blijft letten en niet beter op de kwaliteit gaat letten, dan verliest u de legitimatie om de rol te spelen die u nu speelt. Van de zorgverzekeraars wordt, ook door de Kamer, juist verwacht dat zij kwaliteitsslagen maken. We verwachten juist van de zorgverzekeraars dat zij de zorg die niet voldoet, ook niet contracteren, of dat zij, wat nog beter is, verbeterprogramma's met aanbieders aangaan. Dus nee, wat mevrouw Ellemeet nu vraagt, lijkt mij niet iets wat ik moet willen. Ik vind ook dat zij een te eenzijdig beeld schetst. Je zou tegen de zorgaanbieders namelijk ook kunnen zeggen: jongens, waarom duurt dit nu zo lang? We zijn al een jaar of acht bezig. Waarom is er in die acht jaar nog zo weinig aan transparantie gedaan door de zorgaanbieders? Waarom hebben we een Kwaliteitsinstituut met een heel programma nodig om de zorgaanbieders inzichtelijk te laten maken wat nu eigenlijk kwaliteit is? Ik wijs erop dat het ook zonder Kwaliteitsinstituut kan, want we hebben zorgaanbieders die dit geweldig doen. We hebben in bepaalde sectoren van de zorg echt inzicht. Daarvan zeg ik: geweldig, wat is daar een werk verzet! We moeten echter ook kijken naar de delen van de zorg waar men op dit vlak echt achterblijft. Daar blijft men écht achter. Eigenlijk is het treurig dat ik met een Kwaliteitsinstituut moet komen om daar een enorme zet te geven. Dus nee, de weg die mevrouw Ellemeet nu schetst, zal ik niet opgaan. Maar ik vind wel dat we alle partijen moeten aanspreken. Daar horen ook de zorgverzekeraars bij. In alle brieven die ik de Kamer hierover stuur, staat te lezen waarop ik de zorgverzekeraars aanspreek. Daarin staat ook wat ik inzet voor verbetering. Ik heb een programma aan de NZa gevraagd. Daarmee gaan we voortvarend aan de slag.
Ik kom op de collectiviteiten. Daarbij speelt volgens mij inderdaad niet alleen maar het zorgvoordeel een rol. Het idee van de collectiviteiten is ooit ontstaan vanuit de werkgevers. Het idee vindt zijn oorsprong in het feit dat 50% van de premie via de werkgeversbijdrage wordt geïnd. Er kunnen allerlei combinaties ontstaan die in een bedrijf belangrijk zijn. Vervolgens ontstonden de patiëntencollectiviteiten. Inmiddels is er een enorme hoeveelheid collectiviteiten ontstaan. Er zijn ook heel veel open collectiviteiten. Mensen kunnen dus kiezen of ze wel of niet lid worden van een collectiviteit. Ze kunnen bijvoorbeeld via de FNV of de ANWB lid worden van een collectiviteit. Eigenlijk wil men op die manier door bundeling van verzekerden meer invloed krijgen op de zorgverzekeraar. Op die manier kan de collectiviteit de verzekeraar ertoe brengen om meer te doen wat de verzekerden van de collectiviteit willen. Op die manier is de collectiviteit dus ook echt de stem van de verzekerden.
Ik vind niet dat er te grote machtsconcentraties van verzekeraars zijn. Dat blijkt uit de evaluatie. Bij die evaluatie heeft men geconstateerd dat dat niet het geval is. Ik zou dus zeker niet willen zeggen dat ik van mening ben dat er te grote machtsconcentraties van verzekeraars zijn. Ik baseer me daarbij op wat er in het evaluatierapport staat.
Mevrouw Bruins Slot had het over Solvency II, de smalle en de brede premiedefinitie. Zij rekent uit wat het op individueel niveau betekent. Wat krijg je per verzekerde mee? Uiteindelijk gaat het er natuurlijk om wat je op het niveau van de verzekeraars ziet verschuiven. Verschuift er veel en is er sprake van een disbalans? Ik heb me achter de schermen natuurlijk wel bemoeid met de premiedefinitie, maar ik ben er verder niet op

ingegaan omdat dit is vastgesteld door de Nederlandsche Bank, en derhalve ook in Solvency II is geïncorporeerd. Mevrouw Bruins Slot vraagt mij of ik nog eens nader wil onderzoeken wat de structurele verschillen zijn in de opbouw. Ik kan haar toezeggen dat ik de Kamer nader bericht over de vraag wat dit op het niveau van de verzekeraars betekent en wat dit betekent voor de onderlinge verhoudingen tussen verzekeraars. Daarop wil ik best nog wel eens nader ingaan in een brief. Ik ben er natuurlijk al met de Minister van Financiën op ingegaan in onze brief over Solvency II. Die brief was gevraagd aan de Minister van Financiën en is daardoor erg gericht op de financiële argumentatie en op de weerbaarheid van de instellingen. Ik heb in die brief wel aangetekend dat dit consequenties heeft voor de onderlinge verhouding en de risicoverevening. Ik zeg de Kamer echter toe om haar hierover nog een brief te schrijven, waarin ik wat nader inga op die consequenties.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik ben blij met deze toezegging, want dat is eigenlijk ook wat ik graag wil. Ik wil daar graag meer inzicht in krijgen. Risicoverevening is namelijk een belangrijk sturingsinstrument. We moeten voorkomen dat zorgverzekeraars straks worden bestraft omdat ze chronisch zieken en gehandicapten in hun bestand hebben. Wil de Minister in die brief ook beschrijven wat de gevolgen zijn voor de positie van chronisch zieken en gehandicapten? Het is immers juist de ambitie van het kabinet om de positie van deze mensen te versterken.

De **voorzitter**: En kan de Minister ook zeggen wanneer de Kamer deze brief ongeveer zal ontvangen?

Minister **Schippers**: Mevrouw Bruins Slot zegt dat we moeten voorkomen dat zorgverzekeraars die chronisch zieken en gehandicapten in hun bestand hebben, worden afgestraft. Ik zei al dat het om het volgende gaat. Bij deze regeling kijkt men wat de operationele risico's zijn. Zo is de regeling. Als die risico's hoger zijn, dan moet de instelling meer reserves aanhouden. Wij willen immers voorkomen dat instellingen die hogere risico's lopen, omvallen als het allemaal eens tegenzit. Daarop is Solvency II gericht. Hogere risico's worden dus hoger aangeslagen. Ik zeg de Kamer toe haar een brief te sturen waarin ik voor haar de techniek op een rijtje zet en beschrijf hoe dit plaatsvindt, en dat ik ook zal opschrijven welke maatregelen wij op grond daarvan vervolgens nemen ten aanzien van de risicoverevening. Die maatregelen hebben dus met de risicoverevening te maken. Ik zal eraan toevoegen wat wij anderszins ten aanzien van de risicoselectie doen. Ik zal die brief schrijven nadat ik de brief van de NZa hierover heb ontvangen. Ik heb de NZa namelijk gevraagd om eens te kijken naar een aantal vormen van risicoselectie. Op die manier kan ik risicoselectie, risicoverevening en Solvency II in dezelfde brief meenemen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik vind dat de Minister het heel mooi en compact heeft verwoord: hogere risico's worden hoger aangeslagen. Met andere woorden, als een ziektekostenverzekeraar relatief veel chronisch zieken en gehandicapten in zijn bestand heeft, moet hij meer geld reserveren. Dat betekent dus dat er meer geld op de plank moet liggen omdat die verzekeraar hogere risico's moet afdekken. De Minister is echter van plan om meer te doen voor juist de chronisch zieken en gehandicapten. Dit kán negatieve gevolgen hebben voor de zorgverzekeraars. Ik zeg met nadruk «kán». Als de Minister dit laatste aspect ook kan meenemen in de brief, kunnen we volgens mij een goed overzicht krijgen. Hoe kunnen we sturen op kwalitatief goede zorg en goed toegankelijke zorg?

Minister **Schippers**: Dat zal ik doen. In juni hebben we ook altijd het overleg over de risicoverevening. Ik zal in die brief overigens ook

Solvency I meenemen. Er wordt nu namelijk net gedaan alsof dit in Solvency I anders was. Ook in Solvency I moest de zorgverzekeraar die meer operationele risico's en schaderisico's liep, meer reserves aanhouden. In de brief zal ik dus ingaan op Solvency I, Solvency II en risicoverevening. Ik verwacht in het voorjaar het rapport van de NZa te ontvangen. Ik hoop dat dat allemaal precies past voor dat overleg in juni over risicoverevening. We moeten even bekijken of we dat op die manier kunnen finetunen. Ik kijk nu naar de ambtenaren en ik zie geruststellend geknik, dus ik ga er maar van uit dat dat gaat lukken.

Mevrouw **Leijten** (SP): Wil de Minister de andere vormen van risico's die zorgverzekeraars lopen in die brief ook meenemen? Ik noem als voorbeeld beleggingsrisico's. Tijdens de technische briefing die wij van DNB hebben gekregen, werd duidelijk dat ook dat gaat meetellen bij Solvency II en die regels. Wellicht koersen wij nu dus op een risico dat straks voor DNB wel minder meeweegt dan andere risico's die zorgverzekeraars lopen. Ik hoop dus dat de Minister ook daarop kan ingaan in haar brief.

Minister **Schippers**: Als ik mevrouw Leijten daarmee een plezier doe, zal ik daarop ingaan aan de hand van de kennis die wij daarover hebben. Mevrouw Leijten kondigt een motie aan over de informatievoorziening van verzekeraars aan hun verzekerden als die verzekerden een nieuwe polis krijgen. Zij zegt dat ik daar niet naar wil kijken. Ik heb gezegd dat er al naar wordt gekeken. De toezichthouder NZa is er al verantwoordelijk voor om toezicht te houden op die informatieverstrekking. De NZa houdt daar al toezicht op. Het is dus niet een kwestie van niet willen. Het is al belegd bij de NZa.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb gewoon heel duidelijk gevraagd of de Minister wilde onderzoeken of mensen actief naar een budgetpolis hebben gezocht en er daarna voor hebben gekozen, óf dat zo'n budgetpolis aan mensen is aangeboden en zij daar geen bezwaar tegen hebben gemaakt. Toen ik dat vroeg, zei de Minister: nee, dat wil ik niet doen. Nu zegt zij echter dat de NZa dat al onderzoekt. Wanneer komt de NZa dan met de resultaten van dat onderzoek? Ik vind dit namelijk heel relevante informatie. Hoe komen mensen aan hun polis? Weten zij wat de inhoud is van de polis die hun wordt aangeboden? Hebben zij daar inzicht in?

Minister **Schippers**: Ik heb de NZa een aantal zaken gevraagd over de budgetpolis. In de eerste plaats heb ik gevraagd of de verzekeraars met zo'n budgetpolis voldoen aan de zorgplicht. In de tweede plaats heb ik gevraagd of er voldoende transparantie is bij die budgetpolissen. De NZa toetst de contractering en doet een diepgaander onderzoek naar de hoogte van de premie in relatie tot de prijs en de kwaliteit van de geleverde zorg. De NZa kijkt bij het tweede onderdeel ook naar een eventuele aanpassing van de Beleidsregel Informatieverstrekking. Dat is de Kamer al meegedeeld in de brief van december. Daarin heb ik geschreven dat ik de NZa dat heb gevraagd. De NZa heeft laten weten dat zij het op deze manier oppakt. In het voorjaar van 2015 komen de resultaten van het onderzoek van de NZa naar de vraag of zorgverzekeraars met hun budgetpolissen aan de zorgplicht voldoen. In de loop van 2015 ontvangen wij de resultaten van het onderzoek van de NZa naar de vraag of er voldoende transparantie was en of de informatievoorziening voldoende was.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ja, maar ik vroeg dus of de NZa ook kan onderzoeken of mensen zelf, dus actief, hebben gekozen voor die budgetpolis. Of is mensen die budgetpolis gewoon toegestuurd, waarna mensen geen bezwaar hebben gemaakt? Dat zijn twee verschillende situaties. Dat moet de Minister toch ook erkennen? Dit is voor de Kamer relevante informatie.

Hoe is de dynamiek in die verzekeringsmarkt en op welke manier gaan mensen zo'n budgetverzekering aan?

De **voorzitter**: Het is duidelijk, mevrouw Leijten.

Mevrouw **Leijten** (SP): Onderzoekt de NZa dat al? Wil de Minister dat navragen? Als de NZa dat niet onderzoekt, overweeg ik op dat punt wel een motie in te dienen.

Minister **Schippers**: Ik heb dit onderzoek in december in gang gezet. Ik vraag dan aan de NZa of men bepaalde punten wil onderzoeken. Ik vraag of men wil onderzoeken of de verzekeraars voldoen aan hun informatie-plicht, dus aan een plicht die wij opleggen aan verzekeraars. Als uit dat onderzoek blijkt dat de verzekeraars daar niet aan voldoen, of als men constateert dat de verzekeraars wel aan de verplichtingen voldoen, maar dat eigenlijk de verplichtingen onvoldoende zijn, dan moeten we dat veranderen. Het is bij zo'n onderzoek, dat in december in gang is gezet, altijd lastig als we begin maart dingen gaan toevoegen. Daarom heb ik gezegd: ik heb de NZa gevraagd om bij deze twee punten expliciet naar die budgetpolissen te kijken. Het onderzoek loopt nu al drie maanden. In de loop van het jaar horen we van de NZa al of de verzekeraars dit goed doen, of dat wij meer eisen moeten stellen. Die resultaten wil ik graag afwachten.

Mevrouw **Leijten** (SP): Er wordt heel veel onderzoek gedaan naar overstappers. Hoe oud zijn ze? Welke polissen kiezen ze? We weten ook hoeveel polissen er zijn. Het is dan toch mogelijk om te bepalen welke correlatie er daartussen is? Stel dat er veel meer budgetpolissen zijn dan er mensen zijn die daarvoor hebben gekozen. Als dat zo is, kun je ervan uitgaan dat aan mensen zo'n budgetpolis is aangeboden zonder dat ze er bewust voor hebben gekozen. Ik zoek naar een manier om deze informatie boven tafel te krijgen. Als dit niet kan worden meegenomen in het onderzoek van de NZa waarover we het nu hebben, is de Minister dan bereid om dit te laten analyseren door de ACM, die het overstappen onderzoekt, of door de NZa? Dit is namelijk relevante informatie ...

De **voorzitter**: Uw punt is nu duidelijk, mevrouw Leijten. Het is duidelijk.

Minister **Schippers**: Ik twijfel. Nee, ik ga dit toch niet toezeggen. We doen al zo veel onderzoek naar zo veel elementen, juist ook naar de budget-polis. Worden verzekerden goed geïnformeerd, zodat ze goed kunnen weten waar ze voor kiezen? Op een gegeven moment moet je zeggen: we moeten elkaar niet blijven bezighouden met onderzoeken. Gezien de omvang van het pakket onderzoeken dat ik heb uitgezet, zou ik willen zeggen: laten we hierin de juiste maat zoeken.
Mevrouw Bouwmeester zegt dat we een beloningssysteem moeten hebben waarbij er niet alleen aandacht is voor het behandelen van ziekten, maar ook voor het gezond houden van mensen. Er wordt een aantal pilots gehouden die daadwerkelijk daarop zijn gericht. Ik vind het belangrijk om de resultaten van die pilots te bekijken. We monitoren die pilots en we zullen bekijken wat eruit komt.
Hoe komen we tot de uitkomstbekostiging? Daarover is onderzoek uitgezet en de Kamer heeft de resultaten daarvan ontvangen. Je komt daar niet zo makkelijk toe, want waar betaal je voor bij uitkomstbekos-tiging? Waarvoor worden mensen extra betaald? Dat is heel complex. Ik vind wel dat wij langzaam maar zeker naar zo'n systeem toe moeten groeien. Ik heb altijd gezegd dat wij het systeem van betalen langzaam maar zeker meer richten op die uitkomstbekostiging. Ik ben enorm tegen big bangs. Dat heb ik nu één keer gedaan, toen we van de dbc's naar de DOT's gingen. Ik moet zeggen dat dat ertoe heeft geleid dat ik met die big

bangs helemaal klaar ben. Ik vind dat echt vreselijk. Die transparantiejaren zijn een gruwel met al het gedoe met de jaarverslagen. Dat hoef ik de Kamer niet te vertellen. Wat we volgens mij moeten doen, is langzaam maar zeker, en stapje voor stapje, zo'n DOT-financiering aanpassen en daarin de elementen brengen die wij wensen. Daarvoor lopen er nu dus die pilots. Mevrouw Bouwmeester zegt dat we die kant op moeten. Dat ben ik dus met haar eens.
Zij zegt ook dat in Zeeland blijkt hoe hard de zorgverzekeraar ervoor nodig is om de regie te nemen voor zo'n plan. Ik ben inderdaad naar Zeeland gegaan. Ik heb daar afgesproken dat we binnen drie maanden bij elkaar komen om een plan te bespreken dat gaat over de vraag hoe de zorg in Zeeland duurzaam kan worden ingericht. Je kunt het immers vandaag nog wel redden, maar red je het ook over vijf jaar en over tien jaar? Daarbij moet echt gekeken worden naar samenwerking. De grootste verzekeraar in Zeeland zat daarbij ook aan tafel. Die heeft aangegeven zeker bereid te zijn om zijn rol daarin te spelen. Hij gaat met de aanbieders rond de tafel zitten om te bezien hoe die zorg in Zeeland ook voor de toekomst robuust en van goede kwaliteit kan zijn.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Het is mooi dat de Minister de regie neemt waar niemand die neemt. Als de Minister dat in elke regio doet, zijn we in ieder geval van dat probleem af. Dat is bedoeld als een compliment voor de Minister. Ik heb inderdaad gezegd dat we af moeten van het systeem van betaling per verrichting en toe moeten naar een systeem waarbij er wordt betaald voor het gezond houden van mensen. Volgens mij zijn de Partij van de Arbeid en de Minister het op dat punt met elkaar eens. Ik zit daarbij echter nog met één dilemma. Van dat verrichtingen-systeem wordt soms een beetje «handig» gebruikgemaakt, om het maar eens positief te formuleren. Dat is bekend. Er zijn heel veel rapporten waarin overbehandeling wordt geconstateerd. Met spiegelinformatie van de zorgverzekeraars kun je dat een halt toeroepen, kun je de kwaliteit verbeteren en de kosten verminderen. Op welke manier wordt ervoor gezorgd dat dit daadwerkelijk gebeurt? In een aantal rapporten staat namelijk dat er op dat vlak heel veel geld te besparen valt, maar ik merk niet dat daaraan prioriteit wordt gegeven.

Minister **Schippers**: Aan het doen afnemen van praktijkvariatie wordt echt hard getrokken, onder andere door de Patiëntenfederatie NPCF, de zorgverzekeraars, maar ook door de medisch specialisten, de federatie en de ziekenhuizen. Behandelaars moeten niet iets doen terwijl het niet nodig is. Dat heeft dus echt prioriteit. De Kamer weet dat dit ook staat in de hoofdlijnenakkoorden. Er wordt echt ontzettend hard aan gewerkt. Spiegelinformatie is ook een middel om daarvoor te zorgen. Maar soms is het moeilijk. Ik noem als voorbeeld de huisartsenbekostiging. Toen die ter sprake kwam, hebben we een enorme discussie gehad over de spiraaltjes. Moet je spiraaltjes nu per verrichting bekostigen of doe je het in het tarief? Moet een huisarts een spiraaltje kunnen zetten als dat nodig is? Behoort dat tot huisartsenzorg? Uiteindelijk is gezegd: een spiraaltje zetten is zo gangbaar en behoort zo tot de huisartsenzorg dat we dat zouden moeten betalen via het abonnementstarief. Dan ga je dus van betalen per verrichting naar betalen voor het leveren van zorg als dat nodig is. De Kamer weet dat dit onder huisartsen enorm veel discussie heeft opgeleverd. Daaruit blijkt dat dit soms heel moeilijke besluiten zijn, die soms ook wel wat tijd vergen en waarvoor wat discussie nodig is. Dat is nodig om op die manier dit stapsgewijs te kunnen invoeren.
Hetzelfde geldt voor consulten. Er is felle tegenstand onder huisartsen tegen het afschaffen van het consulttarief. Huisartsen zeggen: als je veel consulten draait, willen we dat toch terugzien. Op die manier bekijken we dat samen met de sector. Er is nu een nieuwe huisartsenbekostiging. Die is op nieuwe leest geschoeid. Wij werken daar allemaal aan. Volgens mij

wordt er over het principe namelijk in de Kamer niet heel verschillend gedacht. Mevrouw Dijkstra zei: de praktijk is vaak weerbarstig. Dat is zo. Ik denk echter dat we stapsgewijs met elkaar in die richting moeten gaan.
Tot slot zeg ik dat er in de contractering ook heel veel mogelijk is. Zorgverzekeraars kunnen namelijk in de contractering heel veel afspraken maken. Daarmee kunnen dus de prikkels eruit worden gehaald. De richtlijnen zijn straks ingeschreven bij het Kwaliteitsinstituut. Op grond van die richtlijnen kan men straks gewoon contracteren. Op dat vlak is dus ook veel mogelijk.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dank voor het duidelijke antwoord. De Minister geeft ook aan hoe ingewikkeld het is. Dat ben ik eens met haar. In rapporten wordt gesteld dat er op dit vlak enorme bedragen te besparen zijn. Kunnen wij straks ook in rapporten lezen hoeveel die nieuwe werkwijze heeft opgeleverd?

Minister **Schippers**: In de hoofdlijnenakkoorden hebben we gezegd: we gaan niet ieder onderdeeltje rubriceren, want dat zou voor een hoeveelheid bureaucratie zorgen die haar weerga niet kent. We gaan echter wel met elkaar afspreken dat we dezelfde, zo niet betere zorg gaan leveren voor minder geld. Daarover gaat het bij de besparingen in het hoofdlijnenakkoord. Die besparingen komen voort uit het feit dat verzekeraars, artsen, ziekenhuizen en patiënten met elkaar hebben afgesproken: we gaan alleen nog maar kiezen voor de zorg die zinnig en zuinig is. Dat betekent dat de volumes naar beneden kunnen zonder dat er wachtlijsten ontstaan. Daarop wordt ingezet in het hoofdlijnenakkoord. De besparingen die daar worden geleverd, zijn de besparingen die we met elkaar langzaam maar zeker uit het systeem halen.
Er is gesproken over de discrepantie tussen praktijk en debat. Die bestaat inderdaad. Er is ook een discrepantie tussen wat er op papier staat en wat er gebeurt. Maar ook is er een discrepantie tussen het beeld en de cijfers. Soms zijn beelden ook weer heel moeilijk te interpreteren. Als je aan mensen vraagt wat ze van zorgverzekeraars vinden, dan zijn de cijfers niet al te best. Als je echter aan mensen vraagt wat ze van hun eigen zorgverzekeraar vinden, dan zijn de cijfers ineens veel hoger. Veel mensen aan wie wordt gevraagd hoe het is gesteld met de zorg in Nederland, zijn kritisch. Mensen aan wie wordt gevraagd hoe hun ervaring was in het ziekenhuis, zeggen: ik had een geweldige dokter, geweldige zusters en het liep eigenlijk allemaal top. Er bestaan dus over de zorg heel veel verschillende beelden naast elkaar. Dat maakt het heel complex.
Wij hebben natuurlijk ook een complex systeem want we streven enerzijds naar solidariteit, en anderzijds naar doelmatigheid en innovatie. We hebben enerzijds allerlei wetten en regels, en anderzijds willen we doelmatigheid en innovatie tot stand brengen door concurrentie. Dat leidt tot een complex systeem. Dat systeem moet, waar mogelijk, echt simpeler worden. Ik denk dat dat ook veel zal oplossen. Mensen hebben het soms over keuzestress. Ik zeg dan altijd: als je tevreden bent, hoef je niet te kiezen, want dan hoef je niet weg. Maar zodra je ontevreden bent, wil je graag kunnen kiezen. Als je ontevreden bent, wil je immers graag kunnen opstappen. Natuurlijk is het zo dat uit onderzoek blijkt dat de Nederlandse zorg het internationaal gezien heel goed doet, maar dat is relatief en daardoor moeten we ons niet in slaap laten sussen. Uiteindelijk streef je in je eigen land altijd naar verbetering. Als het beter kan, moeten we het ook beter doen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): We zouden alleen al over dit ene onderwerp verschillende aparte AO's kunnen houden. De Minister gaat heel specifiek in op de groep van patiënten en cliënten, maar ik doel daarop niet alleen. Ik doel ook op de zorgaanbieders. Ik heb in de afgelopen periode heel veel artsen heel uitvoerig gesproken. Het ging daarbij om individuele artsen,

om huisartsen, om medisch specialisten. Ik hoorde van hen dat ze heel erg het gevoel hebben dat ze totaal niet meer toekomen aan het werk waarvoor ze zijn opgeleid. Dat heeft te maken met de rol van de zorgverzekeraars, en met het feit dat we met elkaar zoeken naar inzichten in wat er wordt geleverd. Terwijl iedereen daarop uit is, lukt het ons op de een of andere manier nu niet om dit gezamenlijk op te pakken. Het lijkt wel of dat steeds moeizamer gaat. Dat is eigenlijk mijn punt. Ik zie wel dat de Minister ook een aantal voorzetten doet om dat te verbeteren. Dat willen wij ook. Het wordt echter toch nog wel een heel moeilijk traject.

Minister **Schippers**: Ja, vooral het laatste is van belang. Ik deel dat die bureaucratie echt een last is. Dat ben ik eens met mevrouw Dijkstra en met de artsen, verpleegkundigen en anderen met wie zij heeft gesproken. Ik ben ongelooflijk gemotiveerd om wat aan die bureaucratische last te doen. Ik zie echter ook het volgende. Een deel van die bureaucratie komt van de zorgverzekeraars. We proberen met zorgverzekeraars op dat punt een slag te maken door te zeggen: als iets is ingeschreven bij het Kwaliteitsinstituut, is dat de norm. Een deel van die bureaucratie komt echter van de ziekenhuizen zelf. Ziekenhuizen willen ook allerlei dingen registreren. Een deel van de bureaucratie komt van de eigen brancheverenigingen. Die doen ook uitvragen. Dit is dus heel moeilijk en complex. Met de «agenda voor de zorg» heb ik afgesproken dat bureaucratie een punt is dat we echt aanpassen. Toch zie je dat dit in de praktijk erg moeizaam gaat. Ook als er voorstellen zijn, gaat het vaak moeizaam, want er is altijd wel iemand die zijn vinger opsteekt en zegt: ja, maar dié regels moet je nu juist niet afschaffen. Het is dus erg lastig, maar dat betekent niet dat ik hier minder gemotiveerd voor ben. Ik vind het namelijk wel erg als mensen zeggen: we moeten in de bureaucratie echt gaan kappen. Niet voor niets heb ik vorig jaar tegen de mensen van het Kwaliteitsinstituut gezegd: ik wil niet dat jullie met alleen maar meer komen, maar ik wil ook dat jullie aangeven waar het minder kan. Bureaucratie is echter echt een zevenkoppig monster. Was er maar één boosdoener. Konden we maar zeggen: als we dit doen, is het probleem opgelost.
Mevrouw Dijkstra had het over onderzoek over mededinging dat ik op verzoek van de Kamer laat doen. Zij vraagt of ik dat zou kunnen uitbreiden naar de hele zorg. In het afgelopen jaar zijn we in de praktijk aan de slag gegaan. Het circus is door het land getrokken. Vervolgens hebben we de NZa en de ACM mee laten kijken naar de mogelijkheden. Hierdoor weten we al precies hoe het in elkaar zit. Ik kan dit dus laten onderzoeken, maar we weten het al precies. Het gaat er nu om, aan de slag te gaan met de kennis die we hebben opgedaan. We moeten veel meer op samenwerking inzetten en veel meer kijken naar wat de mogelijkheden zijn. Ik noem als voorbeelden de Friese regio en Oost-Groningen. Daar wordt in krimpregio's door samenwerking en afspraken de zorg overeind gehouden. Daar wordt met elkaar besproken hoe men voor de burgers de zorg overeind kan houden. In Zeeland zit het echter echt vast. In Zeeland zeg ik: je ziet dus dat het kan. Als iemand in Zeeland tegen mij zegt dat hij een afspraak niet kan maken vanwege de Mededingingswet, zeg ik: kom op zeg, kijk eens even naar wat je collega's in het noorden van het land doen, waar het wel lukt. Ik ben niet voor niets naar Zeeland gegaan. Ik heb daar gezegd: denk nou niet dat er niets mag en niets kan, want er mag heel veel en er kan heel veel. Ik heb gezegd: ga met elkaar aan de slag. Ik vind het dus te gemakkelijk om maar te zeggen: het ligt aan de mededingingsregels. We zien dat er in de praktijk gewoon veel meer kan. We zien in de praktijk dat hier vaak heel andere agenda's achter zitten. Op dit moment worden ziekenhuizen soms helemaal leeggetrokken door maatschappen en zbc's die buiten de ziekenhuizen worden opgericht. Alsof dat veel gaat helpen! Er zit dus vaak meer achter. Laten we niet doen alsof alleen een onderzoekje over de Mededingingswet nu ineens die problemen zal oplossen, want dat is dus niet het geval.

Ik heb al toegezegd dat ik het punt van de goodwill zal bespreken met de verzekeraars. Er is gevraagd of ik dit ook wil bespreken met de LHV. Dat gesprek heb ik al gevoerd. Daar maakt men zich hierover ook zorgen, net als ik. Natuurlijk zal ik aan de LHV ook terugkoppelen wat hierover tijdens dit debat is gezegd, mochten de mensen van de LHV het debat niet gevolgd hebben.
Er is gevraagd of de portal van Zorgverzekeraars Nederland sneller kan worden gedaan. Volgens mij doet men bij Zorgverzekeraars Nederland zijn uiterste best om dat met maximale snelheid te doen. Dit is namelijk echt wel een punt waar niet alleen patiënten en aanbieders last van hebben, maar zorgverzekeraars zelf ook.
Mevrouw Dik-Faber dringt aan op snelheid bij de wet over inspraak. Dat doen we zo snel mogelijk. In de brief die ik de Kamer heb toegestuurd, heeft ze echter kunnen lezen dat we een behoorlijk zwaar programma hebben ten aanzien van wet- en regelgeving. Als we in hetzelfde jaar het hele traject doorlopen, gaat het vrij snel. Er is op geen enkele manier sprake van dat ik dit zou willen vertragen. Dit wordt Kamerbreed gesteund, dus daar is ook geen enkele aanleiding voor.
Mevrouw Dik-Faber heeft ook gesproken over de intensieve kindzorg en de combinatie van pgb's met zorg in natura. Ik heb de Kamer toegezegd dat ik daarover een brief zal sturen. Er zitten overigens ook wel gewoon afspraken in. Het mantelzorgtarief is gewoon een afspraak. Er is een overgangsperiode. Daarna is er een mantelzorgtarief. Dat is op zich niet nieuw en vanaf het begin is afgesproken dat het op die manier zou gaan. Ik had echter al toegezegd dat ik hierop in een brief kort zal terugkomen. Dat de informatie op de website niet alleen juist moet zijn, maar ook toegankelijk, ben ik helemaal met mevrouw Dik-Faber eens. Je kunt een boodschap overbrengen in een taal die zodanig is dat niemand de boodschap begrijpt. Als dat gebeurt, schieten we er eigenlijk niets mee op.

De **voorzitter**: Ik zie dat mevrouw Dik-Faber nog een vraag wil stellen. Houdt u het kort, mevrouw Dik-Faber, want in de plenaire zaal gaat de regeling van werkzaamheden op dit moment van start. Een aantal woordvoerders heeft om die reden op dit moment deze zaal al moeten verlaten.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): De afspraken over de mantelzorgtarieven zijn mij bekend. Ik zie echter dat formele zorgverleners, dus mensen die niet uit het eigen netwerk van familie en vrienden komen, nu ook op het mantelzorgtarief worden gezet. Dat is het punt dat ik aan de orde heb willen stellen.

Minister **Schippers**: Ik zal in de brief die is toegezegd specifiek op dat punt ingaan en niet op de rest, want de rest is conform afspraak.

De **voorzitter**: Dank u wel. Hiermee is er een einde gekomen aan de tweede termijn. Ondanks het feit dat veel woordvoerders de zaal al hebben verlaten, noem ik nog even de toezeggingen die zijn gedaan.
– De Minister zal de rapportage over de proeftuinen zorgverbetering in de zomer van 2015 en in de zomer van 2018 naar de Kamer sturen.
– In de zomer van 2015 ontvangt de Kamer de resultaten van een onderzoek naar de relatie tussen eigen risico en zorgmijding.
– Dit voorjaar ontvangt de Kamer de resultaten van het onderzoek van Vektis naar de eigen kosten van verzekerden bij de naturapolis en de restitutiepolis.
– De substitutiemonitor van ZN komt in het voorjaar van 2015 naar de Kamer.
– De Kamer ontvangt binnen drie weken een brief over de stand van zaken bij de knelpunten intensieve kindzorg. Daarin staat ook in welke

richting de oplossing wordt gezocht na overleg met Zorgverzekeraars Nederland en de direct betrokken organisaties. Daarbij wordt meegenomen wat mevrouw Dik-Faber zojuist zei.

– De Kamer ontvangt een brief van de Minister van VWS over Solvency I en Solvency II, de risicoverevening en andere risico's. De Minister verstuurt deze brief nadat zij het rapport van de NZa hierover heeft ontvangen. Zo mogelijk ontvangt de Kamer deze brief nog voordat het AO over risicoverevening zal worden gehouden.

Ik dank de Minister, de ambtenaren en de Kamerleden voor hun aanwezigheid. Iedereen die dit debat heeft gevolgd, dank ik voor de aandacht.

Sluiting 14.02 uur.

Volledige agenda

1. Evaluatie Zorgverzekeringswet
Kamerstuk 29689-545 – Brief regering d.d. 24-09-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

2. Verzekerdenmonitor 2014
Kamerstuk 33077-14 – Brief regering d.d. 07-10-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

3. Afspraken met zorgverzekeraars over een uniform wijze van inzicht bieden in de opbouw van de premie
Kamerstuk 29689-556 – Brief regering d.d. 31-10-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

4. Samenvattend rapport Rechtmatige uitvoering Zorgverzekeringswet 2013
Kamerstuk 29689-559 – Brief regering d.d. 21-11-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

5. Onderzoeken risicoverevening
Kamerstuk 29689-560 – Brief regering d.d. 25-11-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

6. Reactie op een verzoek van de commissie over een persbericht inzake verzekeringscontracten voor huisartsenzorg in 2015
Kamerstuk 33578-14 – Brief regering d.d. 15-12-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

7. Reactie op het verzoek gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden d.d. 16 december 2014 over de gevolgen van de budgetpolis
Kamerstuk 29689-562 – Brief regering d.d. 17-12-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

8. Aanbieding onderzoeksrapport Vergelijkingssites van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Rapportage switchdrempels zorgmarkt van de Autoriteit Consument & Markt (ACM)
Kamerstuk 29689-563 – Brief regering d.d. 09-01-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

9. Stand van zaken met betrekking tot de contractering van huisartsen door zorgverzekeraars
Kamerstuk 29689-566 – Brief regering d.d. 19-01-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I.

10. Stand van zaken met betrekking tot de inzet gericht op het tegengaan van zogenaamde «zwijgcontracten» in de zorg
Kamerstuk 31476-11 – Brief regering d.d. 27-01-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

11. Werking risicovereveningssysteem 2010
Kamerstuk 29689-577 – Brief regering d.d. 27-01-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

12. Beleidsstukken die op korte termijn worden verwacht t.b.v. Algemeen Overleg Zorgverzekeringswet Zorgstelsel
Kamerstuk 34000-XVI-99 – Brief regering d.d. 27-01-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

13. Reactie op verzoek van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport om toezending van een reactie op onderzoeksrapporten vergelijkingssites
Kamerstuk 29689-579 – Brief regering d.d. 28-01-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

14. Reactie op verzoek van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport inzake beleidsstukken die op korte termijn worden verwacht t.b.v. Algemeen Overleg Zorgverzekeringswet Zorgstelsel
Kamerstuk 34000-XVI-101 – Brief regering d.d. 02-02-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

15. Beleidsreactie op onderzoeken van de NZa, ACM en AFM over vergelijkingssites
Kamerstuk 29689-586 – Brief regering d.d. 12-02-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

16. Solvabiliteit II voor zorgverzekeraars
Kamerstuk 32013-95 – Brief regering d.d. 25-02-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

17. Rapport Sportgeneeskunde en de Zorgverzekeringswet
Kamerstuk 29689-588 – Brief regering d.d. 25-02-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

18. Beleidsreactie n.a.v. de brief van de NZa over de ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt
Kamerstuk 29689-590 – Brief regering d.d. 27-02-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

19. Verslag van een schriftelijk overleg over onderzoeken risicoverevening (Kamerstuk 29 689, nr. 560)
Kamerstuk 29689-589 – Brief regering d.d. 27-02-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

20. Evaluatie Zorgverzekeringswet
Kamerstuk 29689-591 – Brief regering d.d. 27-02-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

21. Aanbieding van het samenvattend rapport «Rechtmatige uitvoering Zorgverzekeringswet 2013 Deel 2, onderdelen financiële verantwoordingen, controle declaratiestromen en Compensatie Eigen Risico»
Kamerstuk 29689-592 – Brief regering d.d. 03-03-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers